Verzorgenden in wijkteams

Een verkenning naar aantallen, deskundigheid en rol

Bosman & Vos
Paul Poortvliet, Pim Lameris
5 februari 2016

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door ZonMw.

ZonMw

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

VWS heeft aan ZonMw gevraagd om een beknopte verkenning uit te laten voeren naar de uitgangssituatie van de verzorgenden in het wijkteam. Het gaat daarbij om aantallen (hoeveel verzorgenden zijn werkzaam in de wijk) en kwalitatieve informatie (deskundigheid, team-functioneren). Verder is van belang om een beeld te krijgen van de verwachte ontwikkelingen in de komende jaren. In dit hoofdstuk geven we een samenvatting van de bevindingen, trekken we conclusies en geven we aanbevelingen.

SAMENVATTING

De samenvatting is opgesteld aan de hand van de vragen die voor deze verkenning zijn gehanteerd.

Vraag 1:
Hoeveel verzorgenden zijn in de wijk werkzaam? Formeel hebben we het dan over niveau 3, maar in de praktijk ook over niveau 2.

Beantwoording:
We hebben als invulling van het begrip 'verzorgenden' de uitvoerende thuiszorgmedewerkers van de niveaus 2 (helpenden) en 3 (verzorgenden) gehanteerd. Daarbij rekenen we ook de verzorgenden individuele gezondheidzorg, de ziekenverzorgenden en de functiebenamingen verzorgende C en D. Op basis van het beschikbare materiaal gaan we ervan uit dat het in de wijk in 2014 om een kleine 50.000 personen ging.

De variatie in deskundigheid van deze groepen is eigenlijk te groot om in één groep te vatten, tegelijkertijd is het onmogelijk om de groep verzorgenden op basis van beschikbare bronnen in aantallen scherp en zuiver naar kwalificatieniveau of functienaam te differentiëren. In de praktijk wordt een medewerker, opgeleid op MBO-niveau 2, ook vaak verzorgende genoemd. De cijfers die wel beschikbaar zijn, hebben dus een grote onzekerheidsmarge. Van de 50.000 personen gaat het naar schatting om ruim 10% op niveau 2 en bijna 90% op niveau 3. Uit deze verkenning blijkt ook dat tussen zorgaanbieders grote verschillen zijn, bij een deel van de zorgaanbieders bestaat een substantieel deel (meer dan de helft) uit niveau 2 en een ander deel van de zorgaanbieders werkt in de wijkteams uitsluitend met niveau 3, 4 en 6.

Vraag 2:
Wat is de verwachte beweging op de arbeidsmarkt? Wat zijn trends?

Beantwoording:
Voor het beroep van verzorgende IG is eind 2014, begin 2015 sprake van een afnemende vraag, zonder dat er sprake is van overschotten. De opstelling van de zorgverzekeraars, die de wijkverpleging krap hebben ingekocht, kan daarbij een rol hebben gespeeld. De vraag naar verzorgenden IG (niveau 3) in 2016 gaat groeien, ondanks het feit dat het UWV voor de thuiszorg als geheel nog een afname van de werkgelegenheid inschat. Vanaf 2017 is het waarschijnlijk dat de vraag verder zal groeien.
De verwachting is dat het grootste deel van het uitvoerend werk in wijkteams bij de verzorgenden IG en de verpleegkundigen niveau 4 komt te liggen. Er is behoefte aan instroom op niveau 3 en een afbouw van niveau 2. Niveau 2 zal waarschijnlijk niet volledig verdwijnen uit alle wijkteams.

Vraag 3:
Welke eisen worden in de komende jaren gesteld aan de rol van de verzorgende in het wijkteam?

Beantwoording:
De volgende punten komen naar voren als belangrijkste veranderingen:

- De verzorgende kijkt niet alleen meer naar de zorgkant maar moet ook verbinding met de andere levensdomeinen maken. Samenwerking is een steeds belangrijker factor, zowel binnen het team als in samenwerking met externe disciplines;
- De visie op zorg verschuift van taakgericht naar meer cliëntgericht. De nieuwe ontwikkelingen richten zich op de zelfredzaamheid van de klant;
- De verzorgende krijgt in de praktijk met meer klanten te maken die meer en langdurige ondersteuning nodig hebben. Daarbij zal de diversiteit in klanten toenemen door multi-morbiditeit, verbreding van de doelgroepen en de groei van het aantal ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond;
- De teamcultuur is een belangrijke factor geworden en veranderbereidheid en –vermogen is een belangrijk om teamveranderingen te doen slagen.

Dit leidt tot de volgende eisen, die als gevolg van de veranderde context aan de verzorgende worden gesteld:

- Zelfstandig kunnen denken, met een brede blik;
- Goed kunnen signaleren;
- Kunnen beoordelen wanneer een afwijking van protocollen en richtlijnen noodzakelijk en verantwoord is;
- Goed kunnen samenwerken binnen het team en met andere partijen in de wijk;
- Goed kunnen communiceren met mantelzorgers en hun inzet stimuleren;
- Voldoende persoonlijke aandacht hebben voor de cliënt en de waarden van de cliënt centraal stellen;
- Voldoende kennis van complexe zorg om in de praktijk goed met cliënten in een complexe situatie te kunnen omgaan.

Een belangrijke kanttekening uit deze verkenning is dat er een grens zit in wat je van medewerkers kunt verwachten. Naarmate het niveau lager wordt, zijn metacognitieve en groepsdynamische vaardigheden minder aanwezig. Om complexe situaties te overzien moet je afstand kunnen nemen, er boven kunnen hangen en kunnen analyseren. Niet iedereen heeft het vermogen om dit goed te leren.

Vraag 4:
Wat zijn op dit moment de (belangrijkste) knelpunten in de deskundigheid van de verzorgenden en in het team-functioneren in de wijk?

Beantwoording vraag 4:
We hebben de knelpunten in een drietal hoofdpunten geclusterd:

- In de eerste plaats gaat het om het **kennisniveau**. De verzorgenden niveau 2 hebben vaak weinig opleiding en zijn soms doorgestroomd vanuit de huishoudelijke hulp, het kennisniveau is erg wisselend. Vastlegging en rapportage kan een probleem zijn, er is nog sprake van een intuïtieve

cultuur waarin weinig wordt vastgelegd. De ziekenverzorgenden en VIG-ers (niveau 3) hebben meer opleiding dan de helpende niveau 2. Bij de verzorgenden niveau 3 is het niveau van de vaardigheden en de technische kennis niet zozeer een probleem. Wel het maken van de omslag van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat', de relationele kant. Ook het meegaan in de verzakelijking, het efficiënt verlenen van de zorg en de samenwerking met andere hulpverleners is een knelpunt.

- In de tweede plaats gaat het om het **functioneren in teams**, die op een nieuwe wijze georganiseerd zijn (vaak een vorm van zelfsturing). Daarbij wordt ingezet op gelijkwaardigheid binnen het team en 'iedereen doet mee'. Het eigenaarschap van het primaire proces moet bij het team liggen. Vaak horen we dat de verzorgenden hun positie binnen het team nog moeten zoeken en een plek moeten krijgen die ook past bij hun (leer)vermogen. De verandering naar zelfsturende teams kan voor de verzorgenden een grotere opgave zijn dan de externe veranderingen.
- Tenslotte zijn er ook **veranderingen in de context** nodig om (wijk-)teams goed te laten functioneren (financiering, rol van de verzekeraars, organisatie van zorgaanbieders). Nu frustreert deze context de transitie en transformatie in het primaire proces.. De verzekeraars denken bij indicaties bijvoorbeeld nog in termen van uren, minuten en handelingen, met als gevolg dat zorgaanbieders precies hetzelfde moeten doen om financiering te krijgen. Dit leidt tot administratieve lastendruk bij het wijkteam. Vervolgens wordt weinig aan wijkgerichte preventie gedaan, en ook niet heel wijkgericht gedacht, omdat daar niet op gestuurd wordt. Er is dus een verandering nodig in die sturing, vanuit de stakeholders (verzekeraar, gemeente, zorgaanbieder).

Bovenstaande knelpunten worden als prangend ervaren en zijn belemmerend voor een effectieve inzet van de wijkteams.

Vraag 5:
Welke rol speelt de wijkverpleegkundige in de deskundigheidsbevordering van de verzorgenden en welke rol kan de wijkverpleegkundige spelen? Welke rol speelt het team of kan het team spelen in de optimalisering van het functioneren van de verzorgenden?

Beantwoording vraag 5:
De wijkverpleegkundige speelt een grote rol bij het zichtbaar maken hoe de zorg moet veranderen. Zij heeft zorginhoudelijk de voortrekkersrol. Maar in het teamleren moet de rol van de wijkverpleegkundige in coaching niet overschat worden. In de afgelopen jaren hebben veel wijkteams met weinig of geen verpleegkundigen niveau 6 gewerkt[1]. Met de komst van wijkverpleegkundigen en alle aandacht die daar naar uit gaat, ontstaat bij een deel van de verzorgenden het gevoel dat hun eigen rol niet wordt onderkend. Maar de verzorgende heeft echt haar eigen en volwaardige rol in het team en die moet in het team erkend en geborgd worden.

Vraag 6:
Welk aanbod aan deskundigheidsbevordering en andere kennisbronnen zijn beschikbaar voor verzorgenden en voor de wijkteams (in hoofdlijnen). Waar zitten lacunes en wat werkt bevorderend en belemmerend in dit aanbod? Speelt het MBO (zorg en welzijn) in op de transitie en transformatie in de zorg en zo ja, hoe?

Beantwoording vraag 6:
De scholing, die zorgaanbieders hun personeel aanbieden, kan onderverdeeld worden in:

---

[1] In de praktijk wordt bij een HBO verpleegkundige nog vrijwel uitsluitend over niveau 5 gesproken, terwijl in de BAMA structuur een verpleegkundige met een bachelor niveau 6 is. In dit rapport hanteren we dus niveau 6 voor de HBO verpleegkundige.

- Scholing, gericht op het aantoonbaar bevoegd en bekwaam houden van personeel;
- Scholing, gericht op de veranderingen in de context.

De eerste categorie moet door zorgaanbieders op basis van wet- en regelgeving (IGZ, HKZ-normering, Normen Goede Zorg) steeds aangeboden worden om aan de richtlijnen te kunnen blijven voldoen. De tweede categorie is gericht op alle verzorgenden en heeft zowel betrekking op het kunnen functioneren in zelfsturende teams als op de maatschappelijke veranderingen die een nieuwe manier van werken van de verzorgenden vragen.

Voor het deel van de verzorgenden dat nog opgeleid moet worden is het initiële onderwijs van belang (dit betreft dus niet de 50.000 verzorgenden die al werkzaam zijn in de wijk). Er zijn verschillende meningen over de opleidingen in het MBO (zorg en welzijn). Ondanks dat er goede voorbeelden zijn, zijn in de samenwerking en aansluiting tussen opleidingen en zorgaanbieders nog verbeteringen mogelijk . Winst valt nog te behalen in het sneller en adequater reageren op ontwikkelingen. Het accent in de curricula ligt meer op de intra- dan de extramurale setting.

Verder kunnen ROC's nog meer inspelen op de behoefte aan bij- en doorscholing (van niveau 2 naar niveau 3 of van niveau 3 naar VIG-er). Een knelpunt is de lengte van de opleidingen: verzorgenden willen niet langdurig terug naar de schoolbanken en zorgaanbieders hebben een probleem om zowel opleidingstijd als werktijd te betalen. Er is behoefte aan een versneld traject met de mogelijkheid van een erkend diploma.

CONCLUSIES

Als gevolg van de veranderende maatschappelijke context moeten wijkteams op een nieuwe manier gaan werken en zijn andere competenties nodig. Tot nu toe is daarin veel aandacht voor de rol van de wijkverpleegkundige, maar nog weinig aan wat er nu en in de toekomst wordt gevraagd van de verzorgenden.

Het gaat in de thuiszorg om een groep van bijna 50.000 werknemers. De vraag naar verzorgenden zal naar onze inschatting in de nabije toekomst groeien, waarbij er sprake zal zijn van een stijgende vraag naar niveau 3 en een dalende vraag naar niveau 2.

Er is sprake van een paradigmashift: het beroep van verzorgende moet opnieuw worden uitgevonden. De zorg voor de cliënt en de samenwerking met de collega's in het wijkteam vragen van de verzorgende nieuwe kennis, nieuwe competenties en nieuwe werkwijzen.

Het bestaande opleidingsaanbod is onvoldoende om de bovengenoemde opgave aan te pakken. De initiële opleidingen moeten nog een slag maken om goed geschoolde verzorgenden, die snel in de praktijk inzetbaar zijn, af te leveren.

Verder is inspanning van zorgaanbieders nodig om de deskundigheid van verzorgenden op peil te brengen en te houden. Deels is dit gericht op het bevoegd en bekwaam houden, en deels op het meenemen van de verzorgenden in de nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast vraagt het vinden van de rol van de verzorgenden in de nieuwe werkwijze van zelfstandige teams veel aandacht. Daarbij van belang is een scherp beeld van wat (qua vermogen) verwacht kan worden van verzorgenden.

AANBEVELINGEN

De onderliggende vraag bij deze verkenning is of VWS en ZonMw een extra impuls aan de rol en deskundigheid van verzorgenden in wijkteams kunnen geven, en zo ja, hoe deze er dan uit zou moeten zien?

Alle aanbevelingen zijn dus primair aan VWS en ZonMw. De aanbevelingen aan ZonMw zijn gericht op de uitvoering van het programma Zichtbare schakel en op de mogelijke betrokkenheid bij een nieuwe impuls (in opdracht van VWS). De aanbevelingen aan VWS zijn gericht op het extra investeren in een nieuwe impuls voor wijkteams. De argumentatie bij onze aanbevelingen komt in hoofdstuk 6 uitgebreider aan de orde.

1. *Geef een extra impuls aan de rol en deskundigheid van verzorgenden in de wijkteams*

De geconstateerde knelpunten in de wijkteams zijn zodanig dat een extra impuls aan de rol en deskundigheid van verzorgenden wenselijk is. Het daarbij gaat vooral om de 50.000 verzorgenden die op dit moment al werkzaam zijn in de wijkteams en in mindere mate om de beroepsbeoefenaren die nog opgeleid moeten worden. De wijkteams staan voor een grote maatschappelijke opgave. Het veranderproces (transitie, transformatie) is omvangrijk en ingrijpend en kan niet alleen aan het veld overgelaten worden, hierin is een rol weggelegd voor de overheid (VWS en OCW).
In de transitie en transformatie heeft de rol en deskundigheid van de verzorgenden in de wijkteams tot nu toe relatief weinig aandacht gekregen, de wijkverpleegkundige stond centraal.

2. *Neem daarbij het team als aangrijpingspunt*

Richt de impuls op het wijkteam als geheel, verzorgenden én verpleegkundigen. Kies niet voor een impuls via de wijkverpleegkundige.

3. *Bied ruimte voor maatwerk*

Maatwerk is belangrijk omdat tussen wijkteams verschillen zijn. De organisatorische context verschilt tussen wijkteams (hoe zorgaanbieders georganiseerd zijn en in organisatiecultuur). Tussen wijkteams is verschil in de mix van competenties, team-functioneren en teamcultuur. Ook in de cliëntengroepen waar de verschillende wijkteams mee werken zit veel variatie (problematiek en bijvoorbeeld aanwezig netwerk van vrijwilligers, andere zorgaanbieders).

4. *Zet met een impuls in op de toepassing van kennis*

Ontwikkel geen nieuwe kennis, maar richt een impuls op de toepassing van kennis die al ontwikkeld is. Veel (praktische) kennis is beschikbaar. Richt een impuls op het mobiliseren van het lerend vermogen bij teams, zowel in randvoorwaarden als in team-functioneren. Bij randvoorwaarden gaat het bijvoorbeeld om de tijd en de ruimte om te leren en reflecteren als team en om een goede kennisinfrastructuur (beschikbaarheid van expertise dicht bij het primaire proces in de vorm van digitale instrumenten en toegang tot experts).

5. *Neem bij een nieuwe impuls de verzorgende nog veel meer als uitgangspunt*

Neem de verzorgende nog veel meer als een uitgangspunt. Het signaal uit deze verkenning is dat initiatieven tot nu toe te weinig aansluiten bij de verzorgende beroepsgroep, bijvoorbeeld doordat ze bedacht worden vanuit een referentiekader van hoogopgeleiden of omdat initiatiefnemers niet, te weinig of op een verkeerde manier te rade zijn gegaan bij verzorgenden zelf. Om knelpunten effectief aan te pakken is deze aansluiting cruciaal. Organiseer bij het ontwerpen van een nieuwe impuls voeding vanuit de beroepsbeoefenaren zelf en vanuit opleiders en experts die veel met deze doelgroep te maken hebben.

6. *Combineer de inzet vanuit het programma Zichtbare schakel met een nieuwe impuls voor wijkteams*

Gebruik de middelen die nog beschikbaar zijn in het programma Zichtbare schakel in combinatie met een nieuwe impuls voor de wijkteams. Dit vraagt een extra investering van het ministerie van VWS. Alleen dan heeft een investering vanuit het programma Zichtbare schakel zin.
Als VWS besluit om te investeren in een impuls, denk dan samen (ZonMw en VWS) na hoe vanuit Zichtbare schakel een voorinvestering kan plaats vinden met het oog op deze impuls.

Voor een impuls zien wij op basis van deze verkenning een aantal mogelijke ingrediënten:

- *a.* Ontwikkeling van instrumenten voor wijkteams. Instrumentontwikkeling heeft alleen zin als het gecombineerd wordt met een implementatietraject.
- *b.* Organiseren van proeftuinen/pilots/experimenten waarin wijkteams, kennisinstituten, initiële opleidingen samenwerken in het op een hoger plan brengen van wijkteams.
- *c.* Beschikbaar stellen van middelen voor zorgaanbieders om medewerkers in de wijkteams op een hoger niveau te brengen. Doe dit eenmalig, om de omslag te ondersteunen. Inhoudelijke thema's zijn uit dit rapport te halen.

7. *Leg verbinding met de lopende ontwikkelingen rond beroepen en opleidingen*

Naast een extra impuls kan VWS samen met OCW bekijken of en hoe knelpunten bij de wijkteams, tevens geadresseerd kunnen worden in initiatieven waarin (initieel) onderwijs, praktijk en overheid al samenwerken.

Neem de vraagstukken uit deze verkenning mee in de bredere discussies over beroepen en opleidingen. Vooralsnog komen deze vraagstukken beperkt aan de orde in deze discussies en in de verschillende initiatieven.
Begin 2016 komen relevante adviezen vanuit de Adviescommissie Beroepen en Opleidingen en in januari 2016 is het rapport 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' verschenen. Verder is een verbinding met Zorgpact wellicht een mogelijkheid. Met Zorgpact werken zorgaanbieders, onderwijsinstellingen en lokale overheden op regionaal niveau aan een betere zorg voor iedereen door goed opgeleide, kundige zorgprofessionals.
Bekijk op lange termijn hoe de curricula van HBO en MBO meer op elkaar kunnen aansluiten. Maak de doorstroming naar een hoger opleidingsniveau makkelijker (en wellicht korter) voor verzorgenden die dit ambiëren en in zich hebben.

8. *Onderzoek hoe belemmeringen in de context van de wijkteams weggenomen kunnen worden*

Laat als ministerie van VWS inventariseren wat voor wijkteams op dit moment de belangrijkste belemmeringen zijn in financiering, wet- en regelgeving. Een impuls is minder effectief als er geen structurele maatregelen komen om teams meer ruimte te geven om zich in de praktijk te ontwikkelen. Bekijk daarbij welk financieringssysteem vraagsturing en het functioneren van wijkteams stimuleert (gericht op de resultaten van functioneren).

1. INLEIDING

1.1. AANLEIDING EN VRAAGSTELLING

VWS heeft aan ZonMw gevraagd om een beknopte verkenning uit te laten voeren naar de uitgangssituatie van de verzorgenden in het wijkteam. Aanleiding voor deze vraag is het 'onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging'. Hierin wordt gesteld dat een traject komt voor de scholing van nieuwe vaardigheden en competenties van verzorgenden in de wijk. Dit separate traject zou moeten aansluiten bij het programma voor de wijkteams (Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige in een gezonde buurt).

In de opdrachtbrief van 27 maart 2014 van VWS aan ZonMw over het programma Zichtbare schakel staat: 'Ik wil uw aandacht vragen voor de vele verzorgenden die in het gemeentelijk domein werkzaam zijn. Ik realiseer me goed dat er tussen de beroepsgroepen verzorgende en verpleegkundige verschillen zijn, en dat het niet mogelijk is om de beroepsgroep verzorgenden in dit plan van aanpak mee te nemen. Wel wil ik u vragen om in de verkennende fase mee te nemen welke lacunes of problemen in de praktijk gesignaleerd worden, welke consequenties dit heeft voor de verzorging en verpleging en wat dit concreet betekent voor verzorgenden.'

Deze rapportage is het resultaat van een beknopte verkenning over de rol en deskundigheid van de verzorgende in de wijkteams. Mede op basis van deze verkenning bepaalt VWS of en zo ja hoe zij kan inzetten op de deskundigheid en de rol van de verzorgende in de wijk. ZonMw bekijkt met resultaten wat mogelijkheden zijn om vanuit het programma 'Zichtbare schakel', aandacht te besteden aan de rol van de verzorgende in het wijkteams.

Vraagstelling
De vraagstelling voor de verkenning was:

1. Hoeveel verzorgenden zijn in de wijk werkzaam? Formeel hebben we het dan over niveau 3, maar in de praktijk ook over niveau 2.
2. Wat is de verwachte beweging op de arbeidsmarkt? Wat zijn trends?
3. Welke eisen worden in de komende jaren gesteld aan de rol van de verzorgende in het wijkteam?
4. Wat zijn op dit moment de (belangrijkste) knelpunten in de deskundigheid van de verzorgenden en in het team-functioneren in de wijk?
5. Welke rol speelt de wijkverpleegkundige (of kan de wijkverpleegkundige spelen) in de deskundigheidsbevordering van de verzorgenden? Welke rol speelt het team of kan het team spelen in de optimalisering van het functioneren van de verzorgenden? En wat hebben teams hier voor nodig?
6. Welk aanbod aan deskundigheidsbevordering en andere kennisbronnen zijn beschikbaar voor verzorgenden en voor de wijkteams (in hoofdlijnen)? Waar zitten lacunes en wat werkt bevorderend of belemmerend in dit aanbod? Speelt het MBO (zorg en welzijn) in op de transitie en transformatie in de zorg en zo ja, hoe?

1.2. AANPAK

De aanpak bestond uit drie fases. Het zwaartepunt lag op het inventariseren van kwalitatieve informatie, zowel op het niveau van de zorgaanbieder en de professional als op het niveau van de branche- beroepsorganisaties en een kennisinstituut. Het was een compacte verkenning die plaats vond in oktober en november 2015.

Fase 1 a: Inventarisatie kwantitatieve informatie over verzorgenden in de wijk
Over aantallen verzorgenden in de thuiszorg verzamelden we informatie op basis van secundaire bronnen (zie bijlage 2). KIWA Carity heeft aanvullende informatie gegeven.

Fase 1 b: Inventarisatie kwalitatieve informatie over verzorgenden in de wijk
In deze fase raadpleegden we:

1. Branche- en beroepsorganisaties: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Actiz, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) (respondenten zie bijlage 1).

2. Zorgaanbieders: verzorgenden, verpleegkundigen, bestuurders, HRM functionarissen, management, teamcoaches. We zijn bij deze interviews ingegaan op de knelpunten en goede voorbeelden van team-functioneren in de wijk. We gingen specifiek in op de samenwerking in de teams en op de deskundigheid en de rol van de verzorgende. In totaal zijn zes zorgaanbieders bezocht en is met 20 mensen gesproken (zie bijlage 1).

3. Kennisinstituut: Het Van Kleef Instituut (VKI) is een kennisinstituut voor zorgprofessionals. Het VKI voert voor een aantal zorgaanbieders een onderzoek uit naar de behoeften van verzorgenden aan deskundigheidsbevordering en ontwikkelt een passend aanbod.

4. Onderzoeksrapporten over verzorgenden in de wijk (zie bijlage 2).

Fase 2: Inventarisatie onderwijs- en kennisaanbod
Vanuit het beeld dat uit fase 1 naar voren kwam, bekeken we van welk aanbod van kennis gebruik wordt gemaakt (training, onderwijs, digitale ontsluiting zoals kennispleinen). Interviews vonden plaats met de MBO Raad en het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV). Ook is bij de zes zorgaanbieders waarmee is gesproken en aanvullend bij drie andere zorgaanbieders gevraagd naar de interne opleidingsfaciliteiten voor verzorgenden.

Fase 3: Analyse en rapportage
Het eindproduct van de verkenning is deze rapportage. We leverden in drie fases op:

- We gaven een eerste impressie van de verkenning en het advies op 5 november 2015 (in de vorm van PowerPoint document) op VWS en ZonMw. Het onderzoek was toen halverwege.
- Bij de tweede oplevering vulden we het PowerPoint document aan op basis van de verzamelde gegevens en gaven op 17 november 2015 een presentatie aan de programmacommissie van ‘Zichtbare schakel’. De programmacommissie heeft de rapportage gevoed en heeft meegedacht over de inzet vanuit het programma op de rol en deskundigheid van verzorgenden.
- Tenslotte maakten we deze rapportage.

1.3. OPBOUW VAN HET RAPPORT

In het volgende hoofdstuk beschrijven we wat we onder verzorgenden verstaan en gaan we in op de feiten, cijfers en trends over de verzorgenden in wijkteams.
In hoofdstuk 3 staat welke veranderingen in de zorg plaatsvinden. Aan de orde komt wat dit betekent voor zorgaanbieders en wat dat doet met hun organisatie en hun medewerkers.
In hoofdstuk 3 toetsen we dit aan de praktijk. Welke knelpunten zijn er op het vlak van deskundigheid en team-functioneren. Ook gaan we in op knelpunten in de context (aansturing en financiering).
Het aanbod aan deskundigheidsbevordering voor verzorgenden, georganiseerd door zorgaanbieders, kennisinstituten en initiële opleidingen (HBO en MBO) komt in hoofdstuk 5 aan de orde.
In hoofdstuk 6 gaan we in op de mogelijkheden voor VWS en ZonMw om iets te doen aan de geconstateerde knelpunten.

2. KWANTITATIEVE ANALYSE

2.1. INLEIDING

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een goede definitie van de ‘verzorgende’ van belang. Daarom beschrijven we in paragraaf 2.2 welke relevante functies in het verleden zijn beschreven. In paragraaf 2.3 zetten we de kwalificatiestructuur daarnaast. Zowel de functiebeschrijvingen als de kwalificatieniveaus worden in de praktijk gebruikt. We kijken ook naar recente ontwikkelingen rond de nieuwe zorgberoepen.
In paragraaf 2.4 geven we aan hoe wij het begrip ‘verzorgende’ in dit rapport gebruiken. Paragraaf 2.5 gaat in op de duiding van het aantal personen dat onder de noemer verzorgende valt. Ook komt in paragraaf 2.6 het arbeidsmarktperspectief aan de orde.

2.2. FUNCTIES VOLGENS HET FUNCTIEBOEK

In de praktijk blijken er nogal wat verschillen te bestaan in functiebenamingen. Voor zover wij hebben kunnen nagaan bestaat er nu geen functieboek voor de thuiszorg, zoals dat in andere sectoren (welzijn & maatschappelijke dienstverlening, jeugdhulp, kinderopvang) wel bestaat. Tot 2002 was er een functieboek als bijlage bij de cao VVT gevoegd. Er zijn zes typen uitvoerenden te onderscheiden: thuishulp A, verzorgingshulp B, verzorgende C, verzorgende D, gespecialiseerd verzorgende E en tot slot de alfahulp. Aan de verschillende functieniveaus zijn ook verschillende functieomschrijvingen gekoppeld[2]. In deze verkenning kwamen we in de wijkteams vooral verzorgingshulp B en verzorgende C tegen. Een typering van alle vijf niveaus (exclusief alfahulp) staat in bijlage 3.

2.3. KWALIFICATIESTRUCTUUR

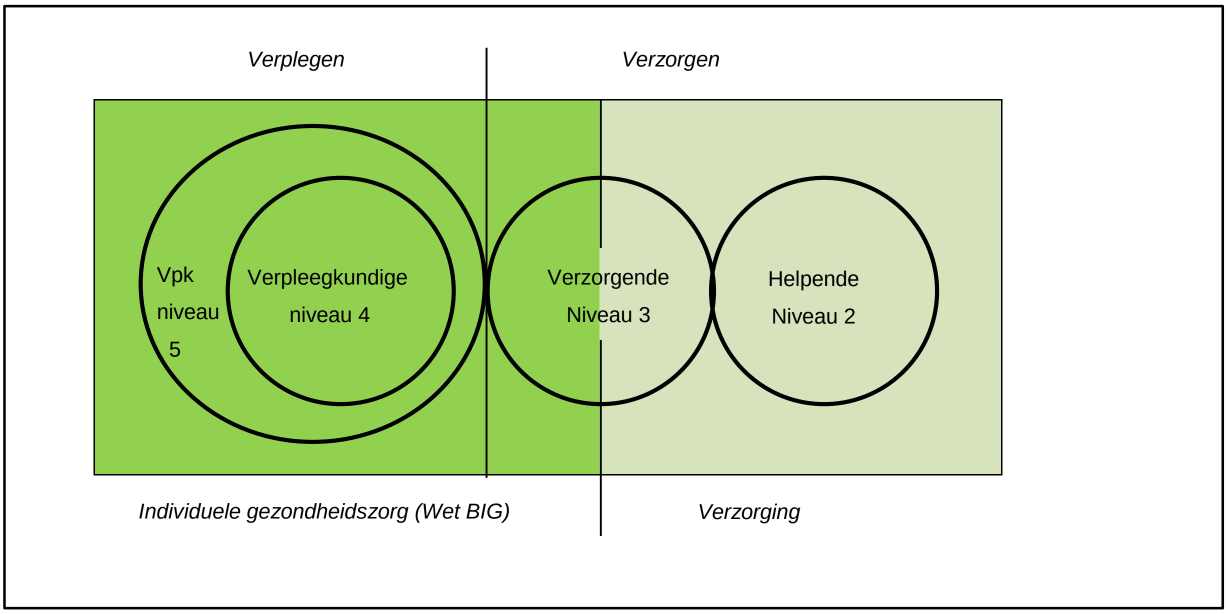
In juni 1996 verscheen het eindrapport van de commissie kwalificatiestructuur ‘Gekwalificeerd voor de toekomst’[3]. Het bevat de beschrijving van een nieuw opleidingsstelsel voor verpleging en verzorging. De commissie constateert dat er op het gebied van verpleging en verzorging behoefte bestaat aan verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. In het schema op de volgende pagina is de kwalificatiestructuur weergegeven.

De verpleegkundige beroepsuitoefening vindt plaats op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Personen die voldoen aan de voorwaarden gesteld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), worden geregistreerd als verpleegkundige.

De verzorgende beroepsuitoefening vindt deels plaats op het terrein van de individuele gezondheidszorg, deels op dat van de verzorging. Het beroep van verzorgende zal (mits wordt voldaan aan de voorwaarden gesteld in de Wet BIG) naar verwachting worden geregeld krachtens artikel 343. De helpende beroepsuitoefening vindt plaats op het gebied van de verzorging.

[2] AbvaKabo 1994
[3] Commissie Kwalificatiestructuur. Gekwalificeerd voor de Toekomst (1996).

Kwalificatiestructuur volgens ‘Gekwalificeerd voor de toekomst (1996)



De invulling van de verpleegkundige en verzorgende beroepsuitoefening door de commissie leidt tot de indeling in vijf kwalificatieniveaus. Niveau 1 is buiten de kwalificatiestructuur van verpleging en verzorging gehouden. De verzorgende beroepsuitoefening wordt door de commissie als volgt nader ingevuld.

Verzorgenden bieden hulp op die plaatsen en die momenten waar in de primaire leefomgeving van de zorgvrager aanvulling nodig is. De primaire leefomgeving kan het eigen huishouden van de zorgvrager zijn, maar ook een vervangende leefomgeving, zoals een verzorgingshuis, een verpleeghuis, of een woonvorm voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten. Het uitgangspunt van de zorgverlening is de handhaving en stimulering van de zelfredzaamheid van de zorgvrager. Waar de zelfredzaamheid van zorgvragers op somatisch of psychosociaal gebied te kort schiet, zullen de verzorgenden die stimuleren, ondersteunen of compensatie voor de beperking of handicap bieden. De werkzaamheden van verzorgenden omvatten:

- het zelfstandig opstellen van een zorgplan;
- de uitvoering van zorg: zorg voor leefomgeving en huishouding, somatische zorg, begeleiding van zorgvragers;
- het signaleren van veranderingen in gezondheid en welbevinden;
- randvoorwaardelijke taken, die met de organisatie en het beroep verbonden zijn (coördinatie, overleg, afstemming met anderen, kwaliteitszorg).

De beroepsuitoefening van verzorgenden in de individuele gezondheidszorg kent daarnaast een aantal verplegende elementen.

Helpenden verrichten hun werk doorgaans in de persoonlijke leefsfeer van de zorgvrager. Dit kan zowel de eigen woonomgeving zijn, maar ook een vervangende leefomgeving, zoals een verzorgingshuis, een verpleeghuis, of een woonvorm voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten.

De werkzaamheden van de helpenden omvatten stimulering en ondersteuning van de zelfredzaamheid van de zorgvrager, waarbij de nadruk ligt op huishoudelijk werk en persoonlijke verzorging.

Op basis van bovenstaande indeling in kwalificatieniveaus is in 1997 een samenhangend onderwijsstelsel ingevoerd. Het in company onderwijs werd geïntegreerd met het MBO onderwijs. Er werd overgestapt van smalle functiegerichte branche-opleidingen naar een brede kwalificatiestructuur voor alle branches in de verplegende en verzorgende beroepen.

In 2002 hebben hogescholen en universiteiten de BaMa structuur ingevoerd. Inmiddels is volgens dit stelsel is geen sprake meer van kwalificatieniveau 5. Dat is nu niveau 6 (in termen van NLQF Bachelor in Nursing). Echter, in de praktijk wordt nog vrijwel uitsluitend gesproken in termen van de oorspronkelijke kwalificatiestructuur (niveau 5). Toch besloten we om in dit rapport te niveau 6 te hanteren voor de HBO verpleegkundige.

Vanaf 2007 zijn beroepscompetentieprofielen ontwikkeld voor verzorgenden en MBO-verpleegkundigen. De beroepscompetentieprofielen beschrijven de kerntaken en competenties van een ervaren beroepskracht. De beroepscompetentieprofielen vormen het uitgangspunt voor de kwalificatiedossiers waarin de eisen beschreven staan waaraan beginnende beroepsbeoefenaren voldoen. De kwalificatiedossiers die sinds 2007 verschenen zijn, zijn gebaseerd op deze beroepscompetentieprofielen. De eindtermen van de functies Verzorgende C en D zijn omgezet naar een competentiegerichte beschrijving. Hierbij was het uitgangspunt dat de branchekwalificaties zoveel mogelijk zijn afgestemd op het reguliere kwalificatiedossier Verzorgende-IG.

2.4. BEGRIPSAFBAKENING

Verzorgenden worden opgeleid op MBO-niveau 3. Er zijn in principe twee verschillende soorten verzorgenden: de verzorgende algemene gezondheidszorg (VAG) en de verzorgende individuele gezondheidzorg (VIG). Helpenden worden opgeleid op MBO-niveau 2.

Sinds begin jaren negentig wordt in de thuiszorg en kraamzorg, naast de beroepsopleidingen gebruikgemaakt van diverse branche-erkende functieopleidingen. Dit stelsel van functieopleidingen kent de functieopleiding voor verzorgende C (een opleiding die ligt tussen kwalificatieniveaus 2 en 3) en de opleiding voor verzorgende D (vergelijkbaar met kwalificatieniveau 3).

In de gesprekken met de zorgaanbieders wordt duidelijk dat er sprake is van een diffuse afbakening van de doelgroep. In de praktijk wordt een medewerker, opgeleid op MBO-niveau 2, ook vaak verzorgende genoemd. Soms wordt, als het gaat om MBO-niveau 3, een nadrukkelijk onderscheid gemaakt tussen verzorgende niveau 3 (ook wel ziekenverzorgende of verzorgende C genoemd) en de verzorgende individuele gezondheidzorg. Dat heeft dan te maken met de bevoegdheid om bepaalde taken te mogen verrichten.

Ook de beroepsorganisatie V&VN benadrukt dat wat onder een verzorgende wordt verstaan, diffuus is. Bij cijfers worden functienaam en de genoten opleiding door elkaar gehaald. Alleen de verzorgende IG is een beschermde opleidingstitel. V&VN constateert dat als competentieprofielen het uitgangspunt zijn en de branche de vrije hand krijgt, zorgaanbieders zo laag mogelijk opgeleide medewerkers, zo hoog mogelijk inzetten. Daarin constateert V&VN wel een trendbreuk. Aanbieders kijken meer naar

wat nodig is om cliënten de zorg te kunnen bieden die nodig is. Het fundamenteel te lage opleidingsniveau/ kwalificatieniveau, blijft echter een groot vraagstuk.

De brancheorganisatie BTN vindt dat eigenlijk niet meer over niveaus moet worden gesproken. Het is nog teveel denken in schotten. Je zou het niet aan opleidingsniveau, maar aan competenties moeten koppelen. Op basis daarvan kijk je waar iemand op bijgeschoold kan worden. Wat moet iemand nog leren om een rol uit te kunnen voeren. BTN werkt aan het opstellen van een nieuw curriculum met competenties die binnen de Zvw noodzakelijk worden geacht bij medewerkers, ongeacht het kwalificatieniveau. Dit traject is eind januari 2016 afgerond. Daarnaast zijn er voor specifieke doelgroepen of ziektebeelden ook specialisaties nodig, ook hier richt BTN zich op.

Hantering van het begrip verzorgenden in dit rapport
Als we het in dit rapport over verzorgenden hebben, doelen we op de kwalificatieniveaus 2 en 3, functiebenaming C en D en de ziekenverzorgenden.. We zullen dus het begrip 'helpende' niet gebruiken.

Wij realiseren ons dat de variatie in deskundigheid van deze groepen groot is. Tegelijkertijd is het onmogelijk om de groep verzorgenden in aantallen scherp en zuiver te differentiëren. Het is vooral belangrijk om in de praktijk heel goed te kijken wat de competenties van teamleden zijn. Later in dit rapport komt dit nog specifieker aan de orde.

2.5. AANTALLEN

Er zijn verschillende bronnen voor het aantal verzorgenden. De cijfers verschillen nogal tussen onderzoeksrapporten. Samengevat (een uitgebreidere beschrijving staat in bijlage 3):

Bron	Aantal	Jaar
Rapport 'Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland, een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen' (Nivel, 2011)	59.590 (thuiszorg)	2010
Rapport 'Competenties in een veranderende gezondheidszorg' (Nivel, 2015)	64.286 (thuiszorg)	2011
Rapport 'Sectorbeschrijving Zorg' (UWV, juni 2015)	191.360 (sector VVT)	2013
Rapport 'Toekomstverkenning voor de thuiszorg, vraag en aanbod van verplegend en verzorgend personeel 2015-2019' (CAOP / Kiwa, september 2015)	48.347 (thuiszorg)	2014

Wij gaan uit van het aantal volgens het CAOP / Kiwa, dus 48.347 verzorgenden en helpenden in de thuiszorg, waarvan naar schatting ruim 10% op niveau 2 en bijna 90% op niveau 3. Al eerder kwam aan de orde dat dit een ruwe schatting is, omdat het in cijfers niet goed mogelijk is een scherp onderscheid te maken tussen niveau 2 en 3.

2.6. ONTWIKKELING ARBEIDSMARKT

De arbeidsmarktomstandigheden zijn in de laatste 5 jaar snel veranderd. Volgens het Nivel (2011) was er een forse groei te verwachten in het benodigde aanbod van verzorgenden, vooral omdat een

substantieel deel van de verzorgenden in de thuiszorg werkt. In 2014 waren er volgens het UWV nog relatief veel vacatures voor verzorgende individuele gezondheidszorg[4].

De werkgeversenquête van eind 2014 maakt duidelijk dat er een afnemende vraag is naar laag opgeleid personeel[5]. Het beeld voor niveau 2 is duidelijk en toont een sterke afname, het beeld voor niveau 3 is diffuser. Het probleem is dat de sector VVT in de werkgeversenquête niet is uitgesplitst in verpleeghuizen en verzorgingshuizen enerzijds en thuiszorg anderzijds. De sub-sector verpleeghuizen en verzorgingshuizen heeft op korte termijn te maken met krimp door de extramuralisering, maar zal op de langere termijn waarschijnlijk wel weer groeien door de demografische ontwikkeling. De sub-sector thuiszorg heeft ook op korte termijn te maken met groei door de extramuralisering, die echter geremd zal worden door de zorgverzekeraars, die meer aan kostenbeheersing zullen gaan doen dan de AWBZ-zorgkantoren in het verleden. In de werkgeversenquête zegt 42,3% van de respondenten uit de sector VVT dat de vraag naar MBO niveau 3 toe zal nemen en 41,5% dat de vraag gelijk zal blijven.

Het UWV rapport is van nog recenter datum. De thuiszorg heeft t/m 2016 te maken met een afnemende vraag naar personeel (- 6%) en vanaf 2017 met een groeiende vraag (+ 7%). Toegespitst op het beroep verzorgende IG: dit beroep komt ondanks een sterk stijgend WW-volume niet voor op de lijst met de grootste overschotberoepen.

Onze conclusie is dat er voor het beroep van verzorgende IG eind 2014, begin 2015 sprake is van een afnemende vraag, zonder dat er sprake is van overschotten. De opstelling van de zorgverzekeraars, die de wijkverpleging krap hebben ingekocht, kan daarbij een rol hebben gespeeld. In het najaar van 2015 zijn zij geconfronteerd met te verwachten budgetoverschrijdingen (Rapportage enquête overschrijdingen inkoop wijkverpleging 2015 en brief van Actiz 2-9-2015). De verwachting is dat de vraag naar verzorgenden IG (niveau 3) in 2016 gaat groeien, ondanks het feit dat het UWV voor de thuiszorg als geheel nog een afname van de werkgelegenheid inschat. Vanaf 2017 is het waarschijnlijk dat de vraag verder zal groeien.

De zorgaanbieders in deze verkenning bevestigen het beeld dat in de wijkteams het grootste deel van het uitvoerend werk komt te liggen bij de verzorgenden IG (niveau 3) en de verpleegkundigen niveau 4. De verpleegkundige niveau 6 heeft dan de regierol (indiceren, zorgcoördinatie, specialistische handelingen). Ook deze zorgaanbieders hebben behoefte aan instroom op niveau 3 en bouwen niveau 2 af.

Dit betekent niet dat niveau 2 volledig zal verdwijnen uit de wijkteams. Die van de zes zorgaanbieders kiest er voor om te blijven werken met helpende. Argumenten daarbij zijn dat de zorgvraag deels laag complex is, met gestandaardiseerde en eenvoudige taken. Kostenoverwegingen spelen ook een rol. De andere drie werken niet meer met niveau 2, waarvan één van de zorgaanbieders vrijwel uitsluitend werkt met niveau 3 IG (dus in principe niet met 3), 4 en 6. De redenering is dat de cliënt zoveel mogelijk één vaste hulpverlener moet hebben, dus medewerkers moeten alle zorg kunnen leveren. Het werken met lagere deskundigheidsniveaus staat dit in de weg.

[4] UWV, Sectorbeschrijving Zorg, juni 2015
[5] AZW. Werkgeversenquête 2014, het HRM-beleid in de sector zorg en welzijn, december 2014

3. VERANDERINGEN IN DE EXTERNE OMGEVING

3.1. INLEIDING

In de afgelopen jaren heeft de zorg te maken gekregen met enkele grote transities. Met bezuinigingen en kostenbeheersing als vertrekpunt, zijn grote veranderingen doorgevoerd en nog gaande.

In paragraaf 3.2 gaan we in op de veranderende omgeving van de zorgaanbieders en wat dat doet met hun organisatie en hun personeel. In paragraaf 3.3 beschrijven we wat dit betekent voor de eisen, die aan verzorgenden worden gesteld.

3.2. VERANDERINGEN IN HET ZORGDOMEIN

Het rapport 'De kern van de verpleegkundige en verzorgende beroepen' van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt en FWG[6] geeft de volgende opsomming van de belangrijkste ontwikkelingen en transities waarmee de zorg te maken heeft:

- (Dubbele) vergrijzing, met effecten op zorgkosten, draagkracht en zwaarte van zorg.
- Streven naar verlaging van kosten, streven naar efficiency en effectiviteit
- Transitie van focus op ziekte en zorg naar focus op gezondheid en gedrag (preventie).
- Substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn:
    - van intramuraal naar extramuraal, dichtbij huis/thuis;
    - concentratie van hoog complexe ziekenhuiszorg.
- Hervorming van de langdurige zorg (de-institutionalisering; meer en betere informele zorg; wet langdurige zorg).
- Decentralisaties naar gemeenten.
- Naar brede ketenzorg en samenwerking, ontschotting, met de wens tot integrale, samenhangende zorg rondom de cliënt.
- Van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' → coachen naar zelfredzaamheid.
- Zorgtechnologie (beeldzorg, domotica) en digitale ondersteuning van zorgprocessen (digitale communicatie, dossiers etc.).

De belangrijkste (verwachte) effecten van de macro-ontwikkelingen op de verzorgende en verpleegkundige functies zijn:

- Zwaardere cliënten, meer multi-morbiditeit, meer complexe zorgsituaties, zowel intra- als extramuraal.
- Focus op gezondheid en gedrag (i.p.v. ziekte en zorg), op participatie, op wat de cliënt - met behulp van het eigen sociaal netwerk en vrijwilligers- nog wel kan.
- Meer focus op preventie (voorkomen van ziekte, voorkomen van erger).
- Van zorgen voor naar zorgen dat: cliënten coachen/begeleiden naar zelfredzaamheid, zelfmanagement en eigen regie; een verschuiving van een voorschrijvende naar een meer coachende benadering.
- Meer samenwerken met mantelzorgers / informele zorgverleners.

---

[6] Peters, F. Westerbeek A., Tji, S. De kern van de verpleegkundige en verzorgende beroepen. FWG en KBA, mei 2014.

- Door toenemende extramuralisering van zorg meer ambulant werken, in (branche-overstijgende, zelfsturende, wijk-) teams.
- Meer flexibiliteit gevraagd, meer autonomie, meer verantwoordelijkheid, minder terugvalmogelijkheden.
- Werken met allerhande zorgtechnologie, minder face to face-contact.
- Meer digitale communicatie en digitale vastlegging van gegevens en administratieve handelingen.
- Bredere inzet: verschillende doelgroepen, wonen/dagbesteding én vrijetijdsbesteding
- Werken in zorgpaden (ziekenhuizen, ggz), specialistisch, minder generiek.
- Toename van verpleegkundige specialisaties, onder meer om taken van artsen over te nemen.

Dit beeld wordt in deze verkenning bevestigd. Respondenten vullen nog aan dat wijkteams meer cliënten vanuit de GGZ krijgen. Deze worden vanuit de GGZ ambulant begeleid.

Het rapport van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen[7] voegt hier nog aan toe: "Netwerkvaardigheden, maatschappelijke bekwaamheden en kennis van de context waarin functioneringsproblemen zich voordoen. Vooral in de context zijn vaak oplossingen te vinden die nu niet of nauwelijks worden ingezet (onderwijs, woningbouw, veiligheid, sportvoorzieningen, infrastructuur)".

De ontwikkelingen hebben de volgende effecten voor de organisatie van zorgaanbieders:

- Reorganisatie: voorbereiden op krimp, organisatie(her)ontwerp, bijschakelen na onderhandelingen met verzekeraars en gemeenten, personeelsplanning, sociaal plan, samenwerking met externe partijen.
- Cultuurverandering: nieuwe zorgorganisaties vragen 'nieuwe' medewerkers, ontwikkeling van zorgen voor naar zorgen dat, coachen, samenwerken in ontschotting, netwerken, flexibiliteit.
- Flexibele inzet van medewerkers: zoeken naar optimale inzetbaarheid, inzet op flexibele arbeid (contracten, employability, mobiliteit), duurzame inzetbaarheid, schetsen van toekomstscenario's.
- Efficiency: optimaliseren van werkprocessen (slimmer, sneller, beter, goedkoper), inrichten van zorgpaden, technologie/automatisering, e-HRM, generiek beschrijven, opzet van zelfsturende teams, Resultaat Verantwoordelijke Eenheden en een goede kennisinfrastructuur.

3.3. INVLOED OP DE BENODIGDE KWALIFICATIES VAN DE VERZORGENDEN

De gewijzigde contextfactoren stellen andere eisen aan de verzorgende:
- De verzorgende kijkt niet alleen meer naar de zorgkant maar maakt ook de verbinding met de andere levensdomeinen. Dit betekent een integraal manier van kijken, maar ook werken in samenwerking met andere professionals. Samenwerking is een steeds belangrijker factor, zowel binnen het team als in samenwerking met externe disciplines;
- De visie op zorg verschuift van taakgericht naar meer cliëntgericht. Behoeften en voorkeuren van cliënten staan hierbij centraal en familie, mantelzorgers en vrijwilligers worden meer betrokken bij de zorg. De nieuwe ontwikkelingen richten zich op de zelfredzaamheid van de klant;

[7] Deze commissie adviseert de minister van VWS toekomstgericht en sectoroverstijgend over de vernieuwingen en verbeteringen van beroepen en opleidingen in de zorg. Het doel is om een nieuw continuüm van bekwaamheden en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm voor de hele zorg te ontwikkelen.

- Ook de meer complexe zorg wordt bij de mensen thuis aangeboden. Voor de verzorgende betekent dit dat zij in de praktijk met meer klanten te maken krijgen die meer en langdurige ondersteuning nodig hebben. Daarbij zal de diversiteit in klanten meer toenemen door de groei van het aantal ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond;
- Als verzorgende werk je alleen en zal je samen met de kennis en ervaring van de klant moeten bepalen waar mogelijkheden liggen en welke ondersteuning nodig is en bijdraagt aan de zelfredzaamheid van de klant. Om optimale zorg te kunnen leveren voor de cliënt, krijgen verzorgenden meer regelruimte;
- De teamcultuur is een belangrijke factor geworden en veranderbereidheid en –vermogen is van belang om teamveranderingen te doen slagen.

In de gesprekken vullen zorgaanbieders dit concreet in. De eisen aan de verzorgende zijn:

- Werken volgens de normen van verantwoorde zorg
- Voldoende kennis van protocollen en richtlijnen hebben
- Zelfstandig kunnen denken, met een brede blik
- Goed kunnen signaleren
- Kunnen beoordelen wanneer een afwijking van protocollen en richtlijnen noodzakelijk en verantwoord is
- Goed kunnen samenwerken binnen het team ('samen verantwoordelijk') en met andere partijen in de wijk
- Goed kunnen communiceren met mantelzorgers en hun inzet stimuleren
- Voldoende persoonlijke aandacht hebben voor de cliënt en de waarden van de cliënt centraal stellen
- Voldoende kennis van complexe zorg om in de praktijk goed met cliënten in een complexe situatie te kunnen omgaan

Zorgaanbieders trekken de conclusie dat er vanwege de complexere zorgvraag een ander niveau personeel nodig is. De oorzaak is niet zozeer een groei van het aantal verpleegkundige handelingen, maar de toenemende co-morbiditeit, waardoor de te verlenen zorg complexer wordt. Ook het uitgangspunt van de zelfregie vraagt om personeel van een hoger niveau. De cliënt leren om zelf de handelingen te doen en schakelen als iets niet werkt en er iets anders moet worden geprobeerd. De omloopsnelheid van de cliënten is ook groter, omdat er wordt ingezet op de zelfregie verdwijnen cliënten sneller weer uit zorg.

Ook verzekeraars vragen om een hogere personeelsmix en stellen eisen aan welk niveau welke handelingen mag verrichten. Als dat niet gevolgd wordt, kan dat consequenties hebben voor de bekostiging en worden uren niet vergoed.

Een specifiek punt, zo blijkt uit de gesprekken, is dat veel verzorgenden nog moeilijk mee gaan in het versterken van de zelfregie bij de cliënt om de paradigmashift van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' te realiseren. Een gedragsverandering bij de verzorgenden moet leiden tot meer inzet van informele zorg. Bij verzorgenden niveau 3 (niet zijnde VIG-ers) heeft dat volgens respondenten vaak te maken met de relatief hoge leeftijd, en als ze willen veranderen hikken ze aan tegen de lange opleidingstrajecten. Bij de VIG-ers heeft het te maken met hun beroepstrots waardoor ze blijven vasthouden aan wat ze kunnen en mogen doen bij de cliënt.

3.4. INITIATIEVEN GERICHT OP TOEKOMSTIGE BEROEPSBEOEFENAREN

Initiatieven die op langere termijn effect zullen hebben op de gesignaleerde knelpunten en vooral zijn gericht op het opleiden van nieuwe beroepsbeoefenaren (dus in mindere mate op de beroepsbeoefenaren die nu werkzaam zijn in de wijkteams) zijn:

- Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen,
- En toekomst verpleegkundige en verzorgende beroepen.

Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen

Door alle ontwikkelingen in de zorg ontstond behoefte aan een advies over zorgberoepen en opleidingen. April 2015 heeft de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen[8] van Zorginstituut Nederland een advies aan VWS uitgebracht over bekwaamheden voor de gezondheidszorg in 2030[9]. De commissie presenteerde in het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen' (2015) geen beroepenstructuur, maar een dynamisch continuüm van bekwaamheden die gericht zijn op de zorgvraag. De commissie stelt "een toekomstgericht continuüm van bekwaamheden is dynamisch en vraagt regelmatige actualisering om in te kunnen spelen op veranderingen in de benodigde zorg. Om dit te kunnen bewerkstelligen introduceert de commissie zorgarrangementen die worden uitgevoerd door multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams. Multidisciplinair samengestelde en samenwerkende teams bestaan uit zorgprofessionals die tezamen beschikken over de bekwaamheden die nodig zijn om het functioneren te herstellen of te bevorderen. De burger maakt deel uit van het team en voert, indien mogelijk, zelf de regie. Wanneer de burger hier niet toe in staat is ondersteunt de teamregisseur (spelverdeler), die - afhankelijk van de situatie - kan wisselen. De teams worden samengesteld op basis van de zorgvraag en kunnen dus wisselen van samenstelling en/of locatie. De meeste zorgprofessionals zijn generalistisch".

Toekomst verpleegkundige en verzorgende beroepen

Specifiek voor de verplegende en verzorgende beroepsgroepen voerde V&VN het project V&V 2020 uit. Daarbij wordt voorgesteld twee niveaus van beroepsuitoefening op het terrein van verzorging in te stellen:

1. zorgkundige en
2. de verzorgende / helpende (met primaire gerichtheid op wonen, welzijn).

V&V 2020 heeft zich echter niet nog uitgesproken over het beroepsniveau verzorgende wonen, welzijn en helpende en daarvan geen beschrijving gegeven.

In vervolg op het project 'Verpleging & Verzorging 2020' is eind april 2015 het project 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging' gestart. Het doel is om informatie aan te leveren die nodig is voor aanpassing van de Wet BIG ten behoeve van toekomstbestendige beroepen voor HBO-verpleegkundigen, MBO-verpleegkundigen en verzorgenden IG. Dit betreft dus lang niet alle verzorgenden die nu in de wijk werkzaam zijn (zie ook paragraaf 2.5).

---

[8] Deze commissie adviseert de minister van VWS toekomstgericht en sectoroverstijgend over de vernieuwingen en verbeteringen van beroepen en opleidingen in de zorg. Het doel is om een nieuw continuüm van bekwaamheden en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm voor de hele zorg te ontwikkelen.

[9] Zorginstituut Nederland. 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren'. April 2015.

In het kader van het project is ook het beroepsprofiel voor de verzorgende IG opgesteld. Hierbij waren verzorgenden zelf ook betrokken. Op 13 januari 2016 is het definitieve rapport van de stuurgroep aan de minister van VWS aangeboden[10].

Het streven is dat verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe kwalificaties vanaf 2020 instromen op de arbeidsmarkt. Verder vindt de stuurgroep het zinvol als verzorgende in de afzonderlijke branches ook beschikken over branchespecifieke competenties. Deze zijn beschreven in de branchespecifieke beroepscompetentieprofielen.

[10] Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling. Toekomstbestendig beroepen in de verpleging en verzorging. December 2015

4. FEITELIJKE UITGANGSPOSITIE VERZORGENDEN

4.1. INLEIDING

De zorgvraag en het zorgaanbod in Nederland is sterk aan het veranderen. Binnen de zorgverlening verschuift de focus op uitsluitend ziekte en zorg steeds meer naar een focus op aanpassing, functioneren en eigen regie. Dit vraagt bij zorgverleners om andere competenties: het geheel van kennis, vaardigheden en attitude. In dit hoofdstuk beschrijven we in hoeverre deze verandering al heeft plaatsgevonden en welke knelpunten er zijn.

4.2. COMPETENTIES IN EEN VERANDERENDE GEZONDHEIDSZORG

In deze paragraaf wordt ingegaan op het rapport 'Competenties in een veranderende gezondheidszorg, ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners' van Nivel (2015). In paragraaf 4.2 behandelen we de bevindingen bij de zorgaanbieders uit deze verkenning.

Het rapport 'Competenties in een veranderende gezondheidszorg' geeft een beeld per competentiegebied, heeft betrekking op verpleegkundigen én verzorgenden en is ook duidelijk een beeld vanuit het perspectief van de beroepsbeoefenaren.

Competentiegebied: Vakbekwame zorgverlening
Bijna vier vijfde van alle zorgverleners hebben recent scholing gevolgd op vakbekwaamheid. Volgens 80% neemt het werken volgens standaarden en richtlijnen toe. Het ondersteunen van zelfmanagement wordt volgens 72% van de zorgverleners ook steeds belangrijker. Ruim zes op de tien (62%) zegt veel tijd aan het ondersteunen van zelfmanagement te besteden en twee derde zegt deze competentie te beheersen.

Competentiegebied: Communicatie
Ruim vier vijfde van de zorgverleners ervaart dat in het werk steeds meer een beroep wordt gedaan op gelijkwaardige en respectvolle communicatie met cliënten en/of hun naasten. Daarnaast ziet 27% een toename van elektronische communicatie. Eén op de vijf zorgverleners voelt zich bekwaam in het elektronisch communiceren met cliënten en/of hun naasten.

Competentiegebied: Samenwerking
Een derde van de zorgverleners mist scholing op het gebied van samenwerking. Ruim vier vijfde zegt het samenwerken met cliënten en met andere disciplines binnen de organisatie te beheersen. De competentie samenwerking met externe disciplines wordt door de helft van de zorgverleners beheerst. Twee derde van de zorgverleners besteedt veel tijd aan samenwerking met andere disciplines binnen de organisatie en een kwart is veel tijd kwijt aan externe samenwerking. Iets meer dan de helft van de zorgverleners (53%) in de thuiszorg zegt over deze competentie te beschikken.

Competentiegebied: Professionele ontwikkeling
Volgens drie kwart van de zorgverleners neemt het belang deskundigheid en handelen op basis van wetenschappelijke kennis toe. Bijna zes op de tien (58%) zegt veel tijd aan bijscholing te besteden. De

helft van de zorgverleners besteedt veel tijd aan coaching, advisering en/of begeleiding van collega's en volgens 61% wordt hier steeds meer een beroep op gedaan.

Competentiegebied: Maatschappelijk handelen
Twee vijfde van de zorgverleners heeft behoefte aan scholing op het gebied van het beïnvloeden van leefstijl en gezond gedrag bij burgers en zorgvragers. In de GGZ en thuiszorg geldt dit voor de helft van de zorgverleners. Ruim twee derde van de zorgverleners (68%) besteedt veel tijd aan zorg-gerelateerde preventie en 64% is van mening dat hier steeds meer een beroep op wordt gedaan. Ruim de helft van de zorgverleners besteedt veel tijd aan het betrekken van naasten bij de zorg en volgens 71% wordt op het betrekken van naasten steeds meer een beroep gedaan in het werk. Bijna zeven op de tien zorgverleners (68%) zegt dat zij over voldoende competenties te beschikken om naasten bij de zorg voor cliënten te betrekken.

Competentiegebied: Organisatie
Vier van de vijf zorgverleners ervaart een toename in het coördineren van zorg rondom cliënten en het waarborgen van de continuïteit van zorg. Vier op de tien heeft behoefte aan scholing op dit terrein. Twee derde van de zorgverleners zegt veel tijd te besteden aan het werkklimaat binnen het team en/of de organisatie.

Competentiegebied: Kwaliteitsbevordering
Volgens acht op de tien zorgverleners wordt het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg steeds belangrijker. Een kwart heeft behoefte aan scholing op dit gebied. Reflectie op eigen functioneren wordt volgens twee derde van de zorgverleners steeds belangrijker. Bijna zeven op de tien besteedt hier veel tijd aan en denkt deze competentie te beheersen.

4.3. KNELPUNTEN UIT DEZE VERKENNING

Knelpunten qua deskundigheid

De verzorgenden niveau 2 hebben vaak weinig opleiding en zijn doorgestroomd vanuit de huishoudelijke hulp, het kennisniveau is erg wisselend. Dan is het moeilijk om verbanden te zien, om goed te lezen etc. Overigens gaat weinig kennis niet persé samen met gebrek aan vaardigheden. Deze groep is gemiddeld ook ouder en zijn in een andere tijd met hun werk gestart. Ze zijn vaak bezorgd over de toekomst (wat gebeurt er met mijn baan) en houden vast aan oude zekerheden. Ze zijn ook honkvast, meer flexibiliteit (vaker wisselen van team) zou goed zijn. Vastlegging en rapportage is een probleem, er is nog sprake van een intuïtieve cultuur waarin weinig wordt vastgelegd. Ook de signalerende rol wordt niet door iedereen opgepakt en het voeren van gesprekken met mantelzorgers moet beter. Verder zijn de computervaardigheden een probleem.

De samenwerking tussen verzorgenden niveau 2 en de verpleging (niveaus 4 en 6) is niet zonder problemen. Een belangrijke component hierin is de wijze van communiceren door verzorgenden niveau 2. Verder is er bij deze groep vaak een afwachtende houding en ze zijn moeilijk mee te krijgen in de vernieuwing. Ze zijn tot nu toe taakgericht bezig geweest en hebben de neiging om de cliënt te 'pamperen'.

Verzorgenden die eerst intramuraal werkten en nu door de extramuralisering in de wijk gaan werken moeten een dubbele slag maken. Waar verzorgenden die al veel ervaring hebben in de thuiszorg

redelijk zelfstandig zijn, is dat voor iemand die vanuit een intramurale setting komt nog niet vanzelfsprekend.

De ziekenverzorgenden en VIG-ers (niveau 3) hebben meer opleiding dan de verzorgende niveau 2. Voor ziekenverzorgenden, die Eerst Verantwoordelijk Verzorgende zijn geweest, is er sprake van grote veranderingen, zij hebben een deel van hun werk overgedragen aan de wijkverpleegkundige. De onderlinge verschillen qua uitgangspositie binnen de groep verzorgenden niveau 3 (kennis, vaardigheden) is minder groot, maar is wel degelijk aanwezig. Ook is te merken of ze hun opleiding al langer geleden of meer recent hebben afgerond. Als ze al langer van school zijn schort het vaak aan computervaardigheden.

Ook bij deze groep is een omslag nodig van taakgericht werken naar cliëntgericht werken. Ze zijn goed in geprotocolleerde zorg. Ze staan dichter bij de verpleegkundigen in het team dan niveau 2 en ze zijn ook meer meegenomen met de recente ontwikkelingen. Een probleem voor deze groep is om onder woorden te brengen wat hun rol is binnen het team en daarop te reflecteren.
Bij de verzorgenden niveau 3 is het niveau van de vaardigheden en de technische kennis niet zozeer een probleem. Wel het maken van de omslag van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’: de relationele kant. Ook het meegaan in de verzakelijking, het efficiënt verlenen van de zorg.

Landelijke stakeholders signaleren een groot kennistekort bij de verzorgenden. Verzorgenden moeten veel kunnen en kennen. In veel teams is een kennisachterstand. Niet alleen van de brede doelgroep, maar ook van de doelgroep ouderen. Over deze doelgroep is in de laatste jaren veel kennis verworven. Hoe krijg je mensen daarop bijgeschoold? Hoe hou je kennis bij? Van een HBO’er mag je verwachten dat zij haar vak bijhoudt, maar hoe zorg je dat een verzorgende dit doet?

Knelpunten in team-functioneren
Over het algemeen zijn de wijkteams integrale teams geworden waarbij een vorm van zelfsturing (zelfregulering, zelfstandigheid) wordt toegepast. Daarbij wordt ingezet op gelijkwaardigheid binnen het team en ‘iedereen doet mee’. Het eigenaarschap van het primaire proces moet bij het team liggen. Vaak horen we dat de verzorgenden hun positie binnen het team nog moeten zoeken en hun plek daarin nog moeten krijgen. De verandering naar zelfsturende teams kan voor de verzorgenden een grotere opgave zijn dan de externe veranderingen.

Verzorgenden missen de aansluiting bij het veranderproces en met de wijkverpleegkundige. Dit leidt binnen het team soms tot verschillende werkwijzen. Bijvoorbeeld een situatie waarin de wijkverpleegkundige inzet op het mobiliseren van het sociale netwerk en zelfredzaamheid en de verzorgende die juist overneemt.

De teamculturen en de mate van teamvorming binnen een zorgorganisatie kunnen nogal uiteen lopen. In het functioneren van teams moeten dan nog slagen worden gemaakt met als kernwoorden: ‘zelfstandigheid’, ‘verantwoordelijkheid’, ‘gezamenlijkheid’. Verder moet er (met behulp van een goede personeelsmix) een goede balans worden gevonden in de taakverdeling en gezorgd worden voor een taakverdeling die goed aansluit bij competenties van teamleden en de kenmerken van cliënten.

Teamcoaches hebben een coachende rol richting de teams. Organisaties bieden daarmee een vangnet voor de teams, maar teams vinden het moeilijk om coachingsvragen te formuleren. De uitvoering staat zo onder druk (zie ook knelpunten in de context) dat er weinig ruimte is voor reflectie,

als deze ruimte er niet is, is het ook niet goed mogelijk om de coachingsvraag te formuleren. Het gaat ook om reflectie op hoe je werkt en hoe je op behoeften van cliënten kan inspelen en hoe je hierin als team goed kan samenwerken.

In een deel van de teams vindt de dialoog wel plaats hoe het anders kan. Het veranderen van de houding van de verzorgende is een noodzakelijke voorwaarde om het team op een hoger plan te krijgen. Een risicopunt is in hoeverre de wijkverpleegkundige inschat (of in kan schatten) in welke mate verzorgenden nieuwe taken aankunnen (de vraag waar de grens ligt). Het gaat vaak om basale dingen zoals taalproblemen en het omgaan met ICT. De wijkverpleegkundige moet de verzorgende blijven begeleiden om te beoordelen of de verzorgende de toebedeelde taken aankan en signalen oppikken als dat niet lukt. De wijkverpleegkundige moet echter beseffen dat ze geen leidinggevende is. De rol van de wijkverpleegkundige is de zorg te organiseren en deels ook te leveren, het accent in de rol van de verzorgenden (en de overige verpleegkundigen) is om de zorg feitelijk te leveren.

In meerdere interviews is aangegeven dat er een grens ligt in wat je van een verzorgende (ook niveau 3 IG) mag verwachten (uitzonderingen daargelaten). Een van de landelijke stakeholders stelt*: "De maatschappij kan complexer worden, de lat kan hoger komen te liggen, maar niveau 3 blijft niveau 3. De studenten worden niet navenant slimmer, cognitief beter. Vanaf niveau twee spreek je over geschoold werk, één niveau hoger verwacht je dat ze complexe situaties kunnen overzien. Naarmate het niveau lager is, zijn metacognitieve en groepsdynamische vaardigheden minder aanwezig. Om complexe situaties te overzien moet je afstand kunnen nemen, er boven kunnen hangen. Wat gebeurt er in een bepaalde situatie? Het gaat niet goed, wat moet ik doen? Wie moet ik inschakelen? Dat kun je niet zomaar van een lager niveau verwachten".*
Een wijkverpleegkundige bij een van de zorgaanbieders, die ook haar collega's heeft geconsulteerd voor het interview, heeft het over een denkplafond bij een groot deel van de verzorgenden. *'Je kunt heel veel scholen, maar het vermogen om overstijgend te denken is er vaak niet. Het is dus onterecht dat het management uitgaat van gelijkheid binnen de teams, waarbij iedereen alles moet kunnen. Deze denktrant komt niet ten goede aan de kwaliteit van de cliëntenzorg. Verzorgenden gaan boven hun macht werken en proberen alles zelf op te lossen, ook als het beter is een collega te consulteren'.*

Een andere stakeholder stelt: *"In de huidige context zou je in de teams niet lager dan niveau D moeten hebben. De inzet van een helpende volstaat niet bij zorg die vanuit de Zvw geïndiceerd is. Die zorg is te complex. Het opleidingsniveau is nu te laag. In de teams zitten medewerkers met nauwelijks opleiding en zeer beperkte kennis (bijvoorbeeld bij herintreders). Doordat kennis ontbreekt krijg je in de organisatie wantrouwen, geprotocolleerd werken, vinklijstjes. Het effect daarvan is dat verzorgenden niet zelf denken en gewoon het lijstje aflopen. De situatie die dan kan optreden is dat alles is afgevinkt, maar dat het toch helemaal verkeerd gaat'.*

De positie van de wijkverpleegkundige
In de meeste gevallen krijgt de wijkverpleegkundige wel de rol om het primaire proces aan te sturen, maar is het niet de bedoeling dat ook het managen van de secundaire processen (bedrijfsvoering) bij haar wordt neergelegd. Vaak zijn er teamcoaches, die het functioneren van de teams moeten beoordelen.

De wijkverpleegkundige heeft wel een voortrekkersrol op het professionele deel. De wijkverpleegkundige stelt de indicatie en begeleidt het hele proces, van diagnose naar zorguitvoering en evaluatie. Maar tussenin doet de verzorgende alles. Dat is het grootste deel.

De wijkverpleegkundige speelt een grote rol bij het zichtbaar maken hoe de zorg moet veranderen. Zij heeft zorginhoudelijk de voortrekkersrol. De wijkverpleegkundige bepaalt welk teamlid bij welke cliënt wordt ingezet. Ze kent de competenties van de collega's en weet waar mogelijke tekortkomingen liggen en kan daar op sturen.

In het teamleren moet de rol van de wijkverpleegkundige in coaching niet overschat worden. In beleidsstukken staat: 'De HBO verpleegkundige coacht de verzorgende'. Maar het is een wijkteam, ieder heeft zijn cliënten en er staat lang niet altijd een wijkverpleegkundige bij. Daarnaast moet je voorkomen dat hiërarchie ontstaat. Dit is op twee manieren onwenselijk. Ten eerste, zoals al genoemd, kan de HBO verpleegkundige niet overal bij zijn. Ten tweede heeft de verzorgende ook echt haar eigen en volwaardige rol in het team. Veel wijkteams hebben met weinig of geen verpleegkundigen niveau 6 gewerkt de afgelopen jaren. Met de komst van wijkverpleegkundigen en alle aandacht die daar naar uit gaat ontstaat bij een deel van de verzorgenden het gevoel dat hun eigen rol niet wordt onderkend. Het risico bestaat dat in teams vooral naar de wijkverpleegkundige wordt gekeken en het minder als team als geheel wordt gedragen.

Toegevoegde waarde van de wijkverpleegkundige is dat zij de verbinding kan maken tussen literatuur en het team. Nu schiet dat er bij in omdat ze het druk hebben. Bij coachen is altijd de vraag hoe je dat doet zonder dat je het gevoel krijgt dat iemand boven je staat? Wat is jouw rol als verpleegkundige en wat kun jij bijdragen aan die kennisontwikkeling en dat lerende team. Hoe zorg je nu dat je dit met het hele team oppakt en dat jij als HBO verpleegkundige niet elke keer degene bent die hier veel energie in steekt?

Knelpunten in de context

Om (wijk-)teams goed te laten functioneren zijn ook veranderingen in de context nodig (financiering, rol van de verzekeraars, organisatie van zorgaanbieders). Nu frustreert deze context de transitie en transformatie in het primaire proces. Hier is volgens respondenten nog steeds sprake van 'oud denken'. De verzekeraars denken bij indicaties bijvoorbeeld nog in termen van uren, minuten en handelingen, met als gevolg dat zorgaanbieders precies hetzelfde moeten doen om financiering te krijgen. Dit leidt tot administratieve lastendruk bij het wijkteam. Vervolgens wordt weinig aan wijkgerichte preventie gedaan, en ook niet heel wijkgericht gedacht, omdat daar niet op gestuurd wordt. Er is dus een verandering nodig in die sturing, vanuit de stakeholders (verzekeraar, gemeente, zorgaanbieder).

Daarnaast wordt de druk vanuit zorgverzekeraars groter. Een van de zorgaanbieders stelt: *De volumes en tarieven die met de zorgverzekeraar wordt afgesproken zijn voor het tweede jaar op rij lager. Vooralsnog lukt het wel om het volume terug te brengen, maar daar zit een grens aan. Vooral omdat de zorgvraag complexer wordt. De kwaliteit komt onder druk te staan.*
Dezelfde zorgaanbieder besluit om in 2016 extra te investeren in kwaliteit, ondanks de grote druk van dalende tarieven en volumes. Financiële reserves worden aangewend om wijkteams deze extra ruimte voor ontwikkeling te geven, dit is echter eenmalig, terwijl structurele aandacht nodig is.

Knelpunten in het gebruik van nieuwe technologie

Op dit moment maken de meeste zorgaanbieders nog onvoldoende gebruik van technologie. Bij wijkteams zijn processen vaak nog niet digitaal ondersteund. Zo zijn hulpmiddelen nodig om de zorg te registreren. De registratie moet straks plaatsvinden aan de bron: de professional. Dat kan straks

niet allemaal meer op papier. Ook in zorgoverdracht is digitale ondersteuning nodig. In deze verkenning zijn we zorgaanbieders tegen gekomen die dit wel al geregeld hebben. Zoals in paragraaf 4.2 ook al benoemd hebben wijkteams zelf ook nog moeite met ‘nieuwe’ technologie. (één op de vijf zorgverleners voelt zich bekwaam in het elektronisch communiceren met cliënten en/of hun naasten).

5. AANBOD DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

5.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk gaan we in op de rol van de zorgaanbieders bij deskundigheidsbevordering, het aanbod van initiële opleidingen en van kennisinstituten.

Het was binnen de reikwijdte van deze verkenning niet mogelijk om een uitputtende verkenning te doen naar het volledige aanbod van deskundigheidsbevordering. Het Nivel heeft in 2013 wel een quickscan uitgevoerd naar beroepen en opleidingen in de zorg[11]. In het deelrapport 'Overzicht van alle potentieel relevante opleidingen in zorg, welzijn en kinderopvang in de standaard onderwijsindeling 2006'[12].

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de interviews met zorgaanbieders, landelijke stakeholders en op schriftelijke bronnen.

5.2. ROL ZORGAANBIEDER

Wat er aan training aangeboden en gevolgd wordt, verschilt sterk per instelling. Het is vrij aan instellingen wat ze hierin doen. Een deel van de instellingen heeft vol ingezet op coaching van teams en het voorbereiden op de transitie. Er zijn ook instellingen die zijn overgegaan naar zelfsturing, waarbij teams vooral aan hun lot zijn overgelaten. Er zijn aanbieders die helemaal aan het begin staan en die vooruitstrevend zijn. Hoe precies de verdeling is tussen deze categorieën, is niet bekend.

Volgens de brancheorganisatie loopt de doorscholing van niveau 2 naar 3 of van verzorgende C naar 3 IG over het algemeen goed. Het signaal vanuit een aantal van de zorgaanbieders in deze verkenning is dat het in de praktijk niet eenvoudig gaat, vooral door het ontbreken van middelen. Vanuit de sectorplannen is 50% financiering voor formele scholing, maar dit is niet de oplossing voor de knelpunten die er zijn. Je kunt niet volstaan met een som geld voor deskundigheidsbevordering, voor de transitie en transformatie is meer nodig (zie ook hoofdstuk 6).

Alle zorgaanbieders waarmee in deze verkenning gesproken is, zetten fors in op deskundigheidsbevordering. Daarbij ligt de nadruk op het interne scholingsaanbod. Er is behoefte om veel te kunnen werken met praktijkcasussen waaruit blijkt hoe de zorg anders moet en hoe een omslag moet worden gemaakt.
Extern aanbod sluit niet altijd goed aan bij de praktijk. Als er interne leergangen zijn, is er vaak wel samenwerking met de ROC's. Het vinden van externe trainers of docenten, die onder regie in het interne scholingsaanbod werken, is over het algemeen geen probleem.

Bij één van de zorgaanbieders, waar mee is gesproken, zijn de afgelopen jaren de eisen qua bijscholing aangescherpt. Voor niveau 2 zijn er verplichte interne modules. De VIG-ers moeten eenmaal per drie jaar bijscholen om bekwaam en bevoegd te blijven, terwijl dat in het verleden eenmaal per vijf jaar was.

---

[11] Quickscan Beroepen & Opleidingen in de zorg, welzijn en kinderopvang van het Nivel (2013).

[12] In deze bijlage is in de rubrieken 8132 (verzorging patiënten) en 8213 (thuiszorg, bejaardenverzorging) een overzicht opgenomen van opleidingen voor verzorgenden.

Een andere zorgaanbieder kiest er voor om de zelfsturende teams zelf te laten bepalen of ze scholing volgen en zo ja welke. Scholing wordt wel actief aangeboden via een kennisplatform (zie onderstaande kader) en door teamcoaches. Het idee is dat teams het best zelf kunnen bepalen wat zij vanuit hun eigen team-functioneren en cliëntenpopulatie nodig hebben. Tussen teams zijn verschillend in de mate waarin ze gericht zijn op ontwikkeling.

Voorbeeld van kennisplatform

Een van de zorgaanbieders in deze verkenning heeft een kennisplatform ingericht. Stafmedewerkers screenen extern op relevante kennis en plaatsen dit op het digitale kennisplatform. Op het platform staan naslagwerken, onderzoeksverslagen, trainingsmateriaal, links naar websites, gratis e-learningmodules, interne scholingen en experts binnen de organisatie. Veel expertise is in huis. Zo zijn er casemanagers dementie en is er een netwerk palliatieve zorg. Deze kennis en deze experts zijn bereikbaar via een I Pad.

Het is aan de teams om gebruik te maken van deze kennis. De wijkverpleegkundigen hebben hier meestal een voortrekkende rol in. Het is heel wisselend per team hoeveel gebruik wordt gemaakt van het aanbod en in hoeverre kennis wordt aangedragen. Het zijn vaak dezelfde mensen die informatie aandragen. Er zijn teams die naar buiten en op ontwikkeling zijn gericht, en er zijn teams die veel meer bezig zijn met het routinematig uitvoeren van hun werk.

De modules op het kennisplatform zijn wel geschikt voor de verzorgenden. Verzorgenden zijn meestal niet op zoek naar kennis, kennen de kennisbronnen niet en een deel kan niet goed omgaan met een I Pad. Een respondent uit een van de wijkteams denkt dat verzorgenden weinig behoefte hebben aan schriftelijke kennis. Het zijn vooral doeners. Nu moeten ze rapporteren, zorgplan bijhouden, andere taken dan voorheen binnen het team, dat is al veel.

Op brancheniveau organiseert BTN de mantelzorgacademie. BTN bekijkt of ze vanuit deze academie een train de trainer module kunnen ontwikkelen voor zorgaanbieders. Voor de mantelzorgacademie is veel animo vanuit zorgaanbieders. Het voorziet duidelijk in de behoefte.

5.3. TRAININGSAANBOD VAN ZORGAANBIEDERS

De scholing, die de zorgaanbieders hun personeel aanbieden, kan onderverdeeld worden in:

- Scholing, gericht op het aantoonbaar bevoegd en bekwaam houden van personeel;
- Scholing, gericht op de veranderingen in de context.

Bevoegd en bekwaam

Bij scholing, gericht op het aantoonbaar bevoegd en bekwaam houden van personeel, is het verplichte scholingsaanbod gebaseerd op wet- en regelgeving en op handhaving van deze wet- en regelgeving (IGZ, HKZ-normering, Normen Goede Zorg). Elk functieprofiel heeft zijn eigen verplichte scholingsaanbod, bestaande uit relatief veel voorkomende voorbehouden en risicovolle handelingen en specifieke risicovolle thema's (hygiëne, medicatie, mondverzorging, BOPZ, veilig werken, etc.). De gevolgde opleidingen moeten ook getoetst worden. Daarbij gaat het om zowel een theorietoets (= kennis) als een praktijktoets (= vaardigheid). Toetsen in kennis en vaardigheid is een wettelijke verplichting voor alle voorbehouden en risicovolle handelingen en is daarom onderdeel van deze scholingen.

Veranderingen in de context
Scholing, gericht op de veranderingen in de context, is breder van aard en hierbij zijn andere kennis en vaardigheden aan de orde. Dan gaat het dus om het grotere aantal chronisch zieken, ouderen en gehandicapten en om het bevorderen van de zelfregie. In het onderstaande kader staan twee voorbeelden van opleidingsplannen van zorgaanbieders.

Voorbeeld 1
Verzorgende C en D kunnen omgaan met het spanningsveld tussen eigen regie van de cliënt en professionele verantwoordelijkheid. Verzorgenden zijn in staat cliënten te stimuleren tot zelfzorg en het bevorderen van de eigen regie, rekening houdend met persoonlijke factoren van de cliënt zoals leeftijd, etnisch / culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis- en begripsniveau. Verzorgenden zijn in staat de zorg resultaatgericht te rapporteren en te evalueren. Inhoud van de scholing:

- De begrippen zelfredzaamheid, zelf management, eigen regie
- Vergroten kennis omtrent dementie, kwetsbare ouderen en multi morbiditeit
- Professioneel werken
- Eigen deskundigheid versus eigen keuzes van cliënt
- Samenwerken met mantelzorg en vrijwilligers
- Gespreksvaardigheden: luisteren, motiveren, feedback geven, informeren en adviseren
- Bevorderen zelfredzaamheid van cliënt
- Helpen de cliënt te simuleren zelf de regie te nemen over zijn of haar kwaliteit van leven
- Resultaatgericht rapporteren en evalueren

Er wordt tijdens de scholing gewerkt aan de volgende competenties: initiatief, gespreksvaardigheid, samenwerken, inlevingsvermogen, plannen en organiseren, communiceren, rapporteren en evalueren.

Voorbeeld 2
Van de wijkziekenverzorgenden nieuwe stijl worden de volgende competenties verwacht:
1. Activiteiten ontwikkelen die een bijdrage leveren aan het opbouwen en ondersteunen van informele zorg en informele netwerken;
2. Een bijdrage leveren aan het ondersteunen en uitvoeren van het verpleegproces;
3. De zorg ‘goed’ en slimmer organiseren, gebruik makend van technologie en mogelijkheden in de keten zodanig dat deze nauw aansluit bij de leefwereld van de cliënten en hun mantelzorgers;
4. Zelfredzaamheid/zelfregie kunnen ondersteunen;
5. Belevingsgerichte zorg kunnen geven;
6. Bekwaam worden in het wijkziekenverzorgenden vak in de volle breedte en dit ook op peil weten te houden.

Om de ‘nieuwe’ functie van wijkziekenverzorgende vorm te geven is extra training nodig. Resultaat van de leergang is dat deelnemende wijkziekenverzorgenden:

- integrale zorg kunnen geven aan kwetsbare ouderen, terminale/palliatieve patiënten, mensen met een psychogeriatrische ziekte en mensen met gedragsproblemen;
- bekwaam zijn in de vroeg-signalering en toepassing van adequate interventies bij (dreigende) gezondheidsproblemen op cliëntniveau;
- bekwaam zijn in het samenwerken binnen het team, multidisciplinair, met andere zorg-ondersteunende

professionals, vrijwilligers en met familie en/of mantelzorgers;

- bekwaam zijn in de ondersteuning en uitvoering van het verpleegproces;
- bekwaam zijn in het stimuleren van zelfredzaamheid/zelfregie;
- bekwaam zijn in het toepassen van de rollen, taken en verantwoordelijkheden die bij de eigen functie horen binnen de cliëntenzorg, het team en naar samenwerkingspartners.

5.4. LANDELIJK KENNISAANBOD

Respondenten geven aan dat het huidige landelijke aanbod vaak niet helemaal geschikt is voor verzorgenden. Veel van deze kennis wordt via websites ontsloten. Verzorgenden komen nauwelijks op deze sites. Het aanbod en taal van informatie is grotendeels meer gericht op hogere niveaus en op beleidsmedewerkers. De activiteiten die worden georganiseerd vinden regelmatig in Utrecht plaats. Verzorgenden gaan doorgaans niet naar deze bijeenkomsten, dus dan gaat een beleidsmedewerker, of iemand van opleidingsafdeling van de zorgaanbieder.
Op congressen voor verzorgenden zie je steeds minder verzorgenden, omdat de druk op het primaire proces te groot is.
Instrumenten en protocollen zijn vaak niet geschikt voor verzorgenden. Onderdeel van een instrument is bijvoorbeeld vaak het opstarten van een organisatie brede projectgroep. Verzorgenden zullen dit initiatief doorgaans niet nemen, hiervoor zijn ze ook niet opgeleid. Zoals al eerder genoemd (paragraaf 4.3) heeft de wijkverpleegkundige een belangrijke rol in het leggen van een verbinding tussen deze kennis en het primaire zorgverleningsproces.

Voor een goede aansluiting zijn activiteiten nodig op de werkplek of op de werktijden van verzorgenden (vooral tussen 14:00 en 16:00). Dit betekent dus zo goed mogelijk aansluiten bij het primaire proces en het inzetten van eenvoudige methodieken. In één van de interviews is het voorbeeld van de Rode Vlaggen Methode voor medicatie genoemd. Met die methode worden specifieke vragen gesteld, daarmee weet de verzorgende of er iets mis is (zonder dat je veel achtergrondkennis hoeft te hebben). De verzorgende geeft dit in het systeem aan. De verpleegkundige krijgt dan automatisch een signaal. Het aanleren en implementeren van methodieken is dus iets waar een zorgaanbieder in deskundigheidsbevordering of in trainingen aandacht kan besteden.

5.5. INITIËLE OPLEIDINGEN

In deze paragraaf maken we gebruik van een onderzoek naar hoe opleidingen aandacht besteden aan de zorg voor ouderen. Ouderen vormen een groot deel van de doelgroep in de thuiszorg, dus de uitkomsten zijn relevant voor de beantwoording van onze vraag. Vervolgens gaan we in op het beeld dat zorgaanbieders en brancheorganisaties schetsen over de initiële opleidingen.

Onderzoek naar aandacht voor ouderen en ouderenzorg in middelbaar beroepsonderwijs
Het rapport ‘Noodzakelijke onderdelen over ouderen in de opleidingen geneeskunde, verpleegkunde, verzorgende-IG en helpende zorg en welzijn’ (ZonMw, december 2014) geeft aan dat de zorg zich in toenemende mate op ouderen, maar dat de opleidingen tot verzorgende-IG en helpende zorg en welzijn tot nu toe onvoldoende op deze ontwikkeling zijn voorbereid.
In opdracht van ZonMw is een inventarisatie gemaakt naar de aandacht voor ouderen en ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs[13]. De bevindingen zijn als volgt:

[13] Hamers, J. Ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs, 2012

Inhoud opleiding
Bij de opleiding Verzorgende is het door de grote variatie in blokken en ureninvulling tussen de opleidingen niet goed mogelijk om de aandacht voor ouderenzorg te kwantificeren in feitelijke uren. Over het algemeen blijkt dat de ondervraagde studenten vrijwel geen specifieke onderwerpen zijn bijgebleven als het gaat om de ouderenzorg.
Docenten en opleidingscoördinatoren geven unaniem aan dat er volgens hen te weinig ruimte is om verdieping in de lesstof aan te brengen, dit wil zeggen door op actuele thema's in de ouderenzorg in te gaan. De betrokken studenten bevestigen de beperkte ruimte voor diepgang.
De stages ervaren de studenten als zeer prettig, omdat ze naar eigen zeggen in de praktijk het meeste leren. Ook het delen van praktijk- en stage ervaringen met medestudenten en docenten wordt door de studenten als heel positief ervaren.

Docenten
Bijna alle opleidingen geven aan dat zij over voldoende deskundige docenten beschikken. Opleidingscoördinatoren geven de voorkeur aan 'combinatiefuncties', waarin docenten zowel in het onderwijs als in de ouderenzorg werkzaam zijn, waardoor de feeling met het vak behouden blijft. Door de hoge werkdruk in zowel de zorg als het onderwijs en de onregelmatige diensten in de zorg zijn beide functies overigens moeilijk te combineren. Studenten vinden de kwaliteit van de docenten wisselend. Een goede docent is volgens de ondervraagde studenten iemand met veel praktijkervaring. Als een docent dit heeft geeft deze volgens de studenten goed en boeiend les; docenten die deze ervaring missen kunnen onderwerpen minder aansprekend aan de orde stellen.

Algemeen vormende vakken
Door de verplichte algemene vakken Nederlands, rekenen en een buitenlandse taal blijft er volgens alle docenten en opleidingscoördinatoren te weinig ruimte over voor verdieping van zorginhoudelijke vakken. Ze vinden dat ze zich hierdoor onvoldoende kunnen profileren en onvoldoende expertise kunnen opbouwen op specifieke thema's. Ook alle ondervraagde studenten ervaren de lessen in deze algemene vakken als negatief. Ze hebben naar eigen zeggen voor een zorg-gerelateerde opleiding gekozen, maar moeten veel energie stoppen in o.a. de lessen Nederlands. Overigens zou het volgens alle ROC's mogelijk moeten zijn om een onderwijspakket samen te stellen met bijvoorbeeld Nederlands en rekenen dat betrekking heeft op de vak-inhoud.

Imago
De ouderenzorg kampt, volgens zowel studenten als docenten met een groot imago probleem. Studenten vroegtijdig kennis laten maken om het beeld te veranderen zou moeten kunnen helpen om de ouderenzorg aantrekkelijker te maken.

Aansluiting opleidingen op het praktijkveld
Vanuit de opleidingen is nog onvoldoende aandacht voor de veranderingen in de ouderenzorg. Geïnterviewden uit de thuiszorg wijzen erop dat afgestudeerde verzorgenden (maar ook helpenden) volgens hen niet voldoende voorbereid worden op werken in de thuiszorg.

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek zijn dat de opleidingen onvoldoende zijn toegerust om adequaat te reageren op ontwikkelingen in de ouderenzorg, er ondanks de wettelijk vastgestelde kwalificatiedossiers veel variatie is in de curricula van MBO-opleidingen en docenten niet altijd voldoende gekwalificeerd zijn.

Beeld van het MBO-onderwijs vanuit respondenten in deze verkenning
De geluiden uit de praktijk, die we in de gesprekken met de zorgaanbieders en landelijke stakeholders meekrijgen, sluiten deels aan bij het beeld uit het onderzoek van Hamers uit 2012 en deels is in de afgelopen drie jaar ook sprake van een positieve ontwikkeling. De volgende punten kwamen naar voren:

- Mensen die nu van de opleiding voor verzorgende IG komen, zijn over het algemeen meegenomen in de veranderingen.
- De opleidingen kunnen nog meer nadruk leggen op de maatschappelijke gezondheidszorg, het werken in de wijk. Verzorgenden (anders dan VIG-ers) zijn nu nauwelijks opgeleid voor het werken in de wijk, het accent van opleidingen ligt op het werken in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.
- De opleiding kan meer aandacht besteden aan de sociale kaart, het samenwerken met andere partijen, preventie en het inschatten van de zorgbehoefte bij de cliënt.
- De opleiding kan meer aandacht besteden aan de verzakelijking, het efficiënt verlenen van de zorg.
- Daar tegenover staat dat in de kwalificatiestructuur diploma's voor verzorgende IG ongedeeld zijn. Dit is bij wet vastgelegd. Het MBO moet een brede verzorgende opleiden, die in meerdere settings moet kunnen werken. Een afgestudeerde is bijvoorbeeld niet verzorgende thuiszorg, of kraamzorg. Het is vooral aan de zorgaanbieder om een verzorgende IG na de basisopleiding sector specifieke kennis mee te geven. De opleiding is te kort om alle (op zich relevante) kennis mee te geven.
- De docenten van de ROC's hebben over het algemeen weinig praktijkervaring. Als zij beter op de hoogte zijn wat in de dagelijkse praktijk gebeurt, kunnen zij de lessen daarop aanpassen.
- Andersom kunnen zorgaanbieders meer verbinding met de ROC's leggen. Leerbedrijven moeten in staat zijn om structureel voor meerdere jaren voldoende goede stageplaatsen en stagebegeleiding te bieden. Aanbieders zetten studenten nog wel eens in de werkmodus, terwijl ze studenten juist in de leermodus moeten zetten. Een student moet kunnen leren van wat ze doet.
- Scholen en praktijk kunnen elkaar nog meer opzoeken. Mogelijk zijn de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB), Marktsegmenten en de Sectorkamer daarin een geschikt platform.
- ROC's kunnen nog meer inspelen op de behoefte aan bijscholing (upgrading van niveau 2 naar niveau 3 of van niveau 3 naar VIG-er). Bottleneck is de lengte van de opleidingen: verzorgenden willen niet langdurig terug naar de schoolbanken en zorgaanbieders hebben een probleem om zoveel opleidingstijd als werktijd te gaan betalen. Er is behoefte aan een versneld traject met wel de mogelijkheid van een erkend diploma (accreditatie goed geregeld).
- Neem de verzorgende mee in het methodisch en indicerend handelen. Zodat ze snappen waar de zorg die geleverd moet worden vandaan komt. De principes van bijvoorbeeld methodisch werken zijn universeel, of je nu MBO of HBO bent. Ook de gerichtheid op zelfredzaamheid deel je met elkaar. Daarin moeten alle teamleden in opgeleid zijn. Het opleiden en trainen van verzorgenden moet wel plaatsvinden op een ander niveau en vanuit een ander perspectief.
- De verbinding tussen HBO en MBO kan beter. Ook vanuit een gedeelde visie op de zorgbehoefte en zorgvraag in Nederland. De inzet van HBO en MBO docenten kan beter op elkaar afgestemd. Opleidingen kunnen meer vanuit de zelfde kaders werken. Ook zorgaanbieders moeten zorgen dat verschillende niveaus iets met elkaar hebben. Als dat niet in de praktijk gebeurt, is het vooral voor lagere niveaus heel lastig om iets op school aan te leren. Dus ook hier weer, twee kanten, instellingen moeten regelen dat verschillende disciplines op verschillende niveaus elkaar nodig

hebben om het werk goed te doen. Van daaruit kun je op de opleiding iets mee geven zodat ze het ook echt in de praktijk kunnen oefenen.

- Het HBO heeft zorginnovatienetwerken en de zorginnovatiecentra. De ene is intramuraal en de andere extramuraal. Hierin verbinden de opleidingen stages aan onderzoek in de praktijk. Deze onderzoeken zijn weer verbonden aan de onderzoeksprogramma's van de lectoraten (kennisagenda). Het zou goed zijn als het MBO hier ook bij betrokken wordt. Het helpt ook de HBO'ers om te vernieuwen. Intramuraal gebeurt het al, maar extramuraal nog niet.

In onze verkenning noemen respondenten voorbeelden waarbij al stappen worden gezet.

- Het MBO heeft net een intensivering achter de rug, waardoor er meer ruimte is om kennis over te brengen[14].
- Met het advies van de Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling, zijn beroepsprofielen opgesteld (verzorgende 3 IG, MBO verpleegkundige en HBO verpleegkundige) vanuit één referentiekader[15].
- Ook wijkleerbedrijven zijn geschikte plaatsen om samen met MBO en HBO te leren. In bijvoorbeeld Friesland en Amsterdam (NOVA College) wordt hier mee gewerkt. Verschillende niveaus krijgen in een werkleerbedrijf les.
- Een van de zorgaanbieders werkt nauw samen met het ROC en de Hogeschool. Wijkverpleegkundigen geven in deeltijd les aan het ROC. In elk wijkteam is plek voor twee stagiaires.

5.6. NAAR EEN NIEUWE BEROEPENSTRUCTUUR

Medio 2016 verschijnt het onderwijsadvies van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Het gaat over het toekomstgericht opleiden voor zorg en welzijn en geeft richting aan 'een leven lang leren' en geeft antwoord op de vraag hoe het continuüm van bekwaamheden in opleidingsroutes kan worden vormgegeven. Dit is toekomstgericht en zal voorlopig geen effect hebben op de knelpunten die in wijkteams en door de 50.000 verzorgenden ervaren worden.

In een presentatie van de commissievoorzitter op 2 december 2015 tijdens een landelijke werkdag komen onder meer de volgende aspecten van toekomstgericht opleiden aan de orde. Veel van de knelpunten uit vorige paragrafen komen hierin terug. Een aantal van de aspecten van toekomstgericht opleiden is onder meer:

- Ervaringsdeskundigheid in ontwikkeling en uitvoering van onderwijs
- Onderwijs wordt multidisciplinair en interprofessioneel ontwikkeld en uitgevoerd
- Verbinding zorg- en welzijnsdomein, kennis van andere domeinen en technologie in alle opleidingen
- Opleidingscontinuüm opgebouwd rond integrale vraagstukken/ arrangementen uit de beroepspraktijk
- Al vroeg in de opleiding kennismaken met de beroepspraktijk
- Ontwikkeling van generalistische bekwaamheden onder meer in leerwerkplaatsen
- Eindtermen/eindkwalificaties geordend in rollen en competenties (vakinhoudelijk en algemeen) (zoals CanMEDS[16]).

---

[14] In de oude situatie moesten in het eerste jaar van de 850 klokuren minimaal 350 klokuren lessen aangeboden worden en kon de student 500 uur stage lopen. In de nieuwe regeling moet een eerste jaars 1000 klokuren hebben, waarvan minimaal 700 lessen zijn en moeten er minimaal 250 beroepspraktijkvorming (bpv). De resterende 50 uur mag een opleiding bij het ene of het andere doen. Ook in de andere leerjaren zijn die verhoudingen anders geworden. Het aantal lesuren is flink toegenomen.

[15] Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling. Toekomstbestendig beroepen in de verpleging en verzorging. December 2015

- Bijhouden van verworven bekwaamheden (portfolio, leerwegonafhankelijk toetsen).
- Investeren in lerend vermogen van professionals en teams
- Bevorderen van kennisuitwisseling en –ontwikkeling verbetert de kwaliteit van de zorg en dienstverlening en de beroepstrots.

[16] Canadian Medical Education Directions for Specialists. Dit is een internationaal geaccepteerd model voor het beschrijven van competenties voor professionals in de zorg.

6. MOGELIJKHEDEN VOOR DE INZET VAN VWS EN ZONMW

6.1. INLEIDING

In de vorige hoofdstukken zijn de ontwikkelingen en knelpunten rond de wijkteams en in het bijzonder de rol en deskundigheid van verzorgenden aan de orde gekomen. In dit hoofdstuk beschrijven we de visie van respondenten op de rol van VWS en ZonMw. Respondenten zijn het er unaniem over eens dat een extra impuls nodig is, vooral voor de wijkteams en de 50.000 verzorgenden die nu werkzaam zijn in deze teams. Ook de zorgaanbieders die het relatief goed voor elkaar hebben zien het nut van deze impuls. Welke argumenten zij daarvoor geven komt aan de orde in dit hoofdstuk. Vervolgens schetsen we wat de kenmerken van een impuls zouden moeten zijn (ontwerpeisen). We sluiten het hoofdstuk af met ideeën van respondenten over de concrete invulling van een extra impuls.

6.2. ARGUMENTEN VOOR EEN EXTRA IMPULS VOOR VERZORGENDEN IN WIJKTEAMS

Uit de interviews komen de volgende argumenten voor een extra impuls:

Het veld kan het niet volledig zelf
Instellingen zijn primair verantwoordelijk voor een goed aanbod aan deskundigheidsbevordering voor haar eigen medewerkers. Nu is echter sprake van een grote verandering, die meer vraagt dan het bijscholen van medewerkers. Daarbij zitten zorgaanbieders tot over hun oren in het werk, ze zijn aan het reorganiseren, samenwerkingsrelaties aan het herijken en nieuwe wetten en regels aan het implementeren. In de sector is sprake van schaarste. Tarieven staan onder druk. Tegelijkertijd is het veranderproces (transitie, transformatie) zodanig omvangrijk en ingrijpend, dat een flinke impuls nodig is. Dit kan niet alleen aan het veld overgelaten worden, hierin is een rol weggelegd voor de overheid.

De verandering is zodanig dat een actieve rol van de overheid gewenst is
De transitie en transformatie zijn zoveel omvattend dat, wil je dat wijkteams efficiënt en effectief kunnen opereren en hun rol vervullen, inzet van de overheid nodig is. Een deel van de knelpunten wordt bijvoorbeeld veroorzaakt door financieringsprikkels. Als je bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen wil doormaken, dan zou de overheid een actieve rol moeten vervullen om ook het systeem geschikt te maken voor effectieve wijkzorg.

De rol en deskundigheid van de verzorgende behoeft meer (landelijke) aandacht en erkenning
In de hele transitie en transformatie heeft de rol en deskundigheid van de verzorgenden in de wijkteams nauwelijks aandacht gekregen, de wijkverpleegkundige stond centraal. Voor wijkverpleegkundigen is wel een extra impuls vanuit de overheid, terwijl teams voor een groot deel uit verzorgenden bestaat. Het is dan ook logisch om vanuit de overheid ook in te zetten op de rol en deskundigheid van verzorgenden. Een extra impuls werkt als een erkenning en helpt om de verzorgende beter te positioneren. Het tegenargument dat dit vooral aan het veld is, vinden respondenten niet opgaan. Het is van belang dat vanuit de overheid een positief signaal naar verzorgenden uitgaat dat ook zij een belangrijke rol vervullen in de transformatie.

6.3. KENMERKEN VAN EEN IMPULS

Aan respondenten is gevraagd wat de insteek en wat de kenmerken van een impuls zouden moeten zijn. Tussen de groep respondenten op landelijk niveau en de respondenten uit zorginstellingen zit een accentverschil. Op landelijk niveau wordt vooral het team als aangrijpingspunt genoemd, respondenten uit zorginstellingen leggen het accent vooral op het op een hoger niveau brengen van zittende medewerkers (verzorgenden, inclusief helpenden) en de erkenning van de rol van de verzorgende. De verschillende invalshoeken komen hier aan bod.

Neem het team als aangrijpingspunt
Richt de impuls op het wijkteam als geheel, verzorgenden en verpleegkundigen. Kies daarin niet voor een impuls via de wijkverpleegkundige. Hiervoor zijn twee redenen: bij verzorgenden is veel weerstand tegen deze indirecte manier van aanspreken. Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige al veel op haar bord, een impuls via de wijkverpleegkundige organiseren betekent weer een extra belasting, terwijl het draagvlak in het team als geheel zou moeten liggen.
Als je met teams aan de slag gaat, doe dat dan zoveel mogelijk met het team als geheel. Leg de focus op vakmanschap, leiderschap en op het aanleren van vaardigheden die nodig zijn om te transformeren (zie ook hoofdstuk 3). Geef teams tijd om te reflecteren om met elkaar uit te vinden wat nodig is. Begeleid en coach het team daarin. Leg daarmee een basis voor het vervolg (team-functioneren, teamontwikkeling).
Leg de nadruk op leren in het primaire proces, in het cliëntcontact. Kruip in de huid van de cliënt. Haal verzorgenden niet teveel uit de praktijk, zet ze niet in lokalen. Zoek de kracht van de eenvoud, maak het niet te ingewikkeld.

Bied ruimte voor maatwerk
Maatwerk is belangrijk omdat tussen wijkteams en tussen de cliëntengroepen waar de wijkteams voor werken verschillen zijn. Wijkteams zijn verschillend in samenstelling (mix van competenties, team-functioneren) en de cliëntengroepen verschillen in problematiek, ook kenmerken van de wijk verschillen (bijvoorbeeld aanwezige netwerk van vrijwilligers, andere zorgaanbieders).
Dit betekent dat een impuls niet teveel dichtgetimmerd moet worden in thema's en doelgroepen. Er moet ruimte zijn om nauw aan te sluiten bij de specifieke kenmerken van zowel medewerkers (in het team) als cliëntenpopulatie en specifieke vraagstelling/knelpunten.
Tegelijkertijd waarschuwen respondenten voor een ongerichte aanpak van knelpunten. Met teveel ruimte wordt de impuls ongericht en diffuus, geef dus wel een kader mee.

Zet in op het thema organiseren
Vanuit Zichtbare schakel zou de impuls ook uitdrukkelijk de positie van de wijkverpleegkundige mee moeten nemen. Neem voor de wijkverpleegkundige het thema organiseren. Vanuit Zichtbare schakel is veel ingezet op indiceren, maar nog nauwelijks op organiseren. Het bepalen van interventies en het organiseren van de zorg gekoppeld aan de diagnose is complex. Dat gaat nu vaak nog mis omdat de verpleegkundige bijvoorbeeld geen overwicht heeft in het team, of omdat ze geen zicht heeft op de competentie van collega's.

Zet in op de toepassing en niet op de ontwikkeling van kennis
Ontwikkel geen nieuwe kennis, maar richt je op de toepassing van kennis die al ontwikkeld is. Veel beschikbare (praktische) kennis over de zorg voor bijvoorbeeld ouderen vindt niet de weg naar de praktijk van de wijkteams. Gevolg is dat cliënten niet de best mogelijke zorg en ondersteuning krijgen.

Mobiliseer het lerend vermogen bij teams, zowel in randvoorwaarden als in team-functioneren. Bij randvoorwaarden gaat het bijvoorbeeld om de tijd en ruimte om te leren en reflecteren als team.

Dit betekent dat je op zoek gaat naar kennis op basis van wat je tegenkomt in je praktijk (bijvoorbeeld veel cliënten met diabetes). Kennis is belangrijk, omdat je van daaruit je observaties doet, vragen stelt, keuzes maakt, opschaalt en afschaalt. Er wordt van verzorgenden en verpleegkundigen verwacht dat ze zelf de kennis achterhalen. Het is een andere manier van opleiden. Een aandachtspunt in teams is het verschil in vermogen en potentieel. Opleidingsniveau speelt daarin een rol, het zegt doorgaans iets over het vermogen van mensen. Niet iedereen heeft het vermogen om abstract of analytisch te denken, om snel informatie te verwerken en te reflecteren. Van belang is om in een team aan te sluiten op het vermogen van de verschillende teamleden en elkaar op bepaalde aspecten extra te begeleiden en te coachen.
Denk na over slimme methoden zijn om kennis en ervaring te ontsluiten voor verzorgenden. Zo dicht mogelijk bij de werkvloer, in het primaire proces. Dit betekent bijvoorbeeld verzorgenden helpen om een eigen vraag te formuleren, om vraagstukken te herkennen en er iets mee te doen. In voorwaarde scheppende sfeer door een goed kennissysteem te creëren of intelligente ICT systemen of instrumenten die helpen bij het nemen van beslissingen. In deze verkenning kwam een interessant voorbeeld naar voren waarbij een zorgaanbieder een kennisplatform heeft gecreëerd met interne en externe links naar relevante digitale kennis en expertise van collega's op bepaalde terreinen (zoals dementie, vroegsignalering). Alle medewerkers hebben toegang tot deze bronnen via een I-Pad en kunnen deze bronnen consulteren (zie ook hoofdstuk 5). Aandachtspunt bij vooral de verzorgenden is nog wel het daadwerkelijk gebruik van deze bronnen (en bijvoorbeeld het gebruik van een I Pad. Hierop is doorgaans nog veel coaching nodig.

Zorg dat scherp is wat je verwacht van verzorgenden
Maak als overheid, aanbieders, beroepsgroep duidelijker wat je onder een verzorgende verstaat: waar kun je de beroepsgroep op af rekenen. Ga het gesprek aan over wat je verstaat onder 'startbekwaam' en bepaal (onderwijs en veld) met elkaar wat het professionaliseringstraject is nadat iemand startbekwaam is bevonden. Zorg dat je in verwachtingen ook scherp hebt wat de vermogens en ambities is van verzorgenden. Zonder te stigmatiseren staat vast dat niet elk teamlid over dezelfde vermogens beschikt.

Ondersteun zorgaanbieders bij het op een hoger niveau brengen van medewerkers
De zorgaanbieders in deze verkenning geven vooral aan dat het nodig is om zittende medewerkers die het niveau niet aankunnen te herplaatsen (meer naar het domein van de Wmo) of, als zij het vermogen hebben, bij te scholen en te coachen zodat zij op een hoger niveau komen.

6.4. ORGANISATIE VAN DE IMPULS

Over de organisatie van de impuls zijn verschillende ideeën naar voren gebracht:

- Een van de brancheorganisaties stelt voor om de middelen voor een impuls via ZonMw te laten lopen. Ten eerste is door ZonMw met het programma Zichtbare schakel een goede infrastructuur opgebouwd, De programmacommissie is goed ingevoerd en weet wat er speelt. In een adviescommissie zijn de maatschappelijke partners constructief betrokken (V&VN, Actiz, BTN, Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde). Recent is ook de MBO-Raad betrokken vanwege de rol van de mbo-verpleegkundige (niveau 4). Als VWS het ergens

anders belegt moet het weer helemaal opnieuw worden opgetuigd, waarbij sterk de vraag is of je daarmee een goede infrastructuur en aanpak krijgt.

- Laat middelen via de hogescholen lopen. Daar is veel expertise aanwezig (leernetwerken, leerkringen, expertise van andere studierichtingen). Zij kunnen zorgen voor een gerichte impuls.
- Geef een grote rol aan het MBO/MBO-Raad. Laat die meer leidend zijn. Kenmerk van veel landelijke initiatieven is dat ze bedacht worden door hoogopgeleiden die in een context opereren met veel andere hoogopgeleiden, dit maakt dat de aansluiting met het MBO niveau ontbreekt. De MBO-Raad is goed geworteld in het onderwijs en de praktijk en heeft meer gevoel voor de doelgroep.
- Laat de middelen via zorgaanbieders lopen. Zorg dat de administratieve lasten bij het verantwoorden van de besteding van middelen in verhouding zijn met de hoeveelheid middelen die een zorgaanbieder krijgt.
- Veel kennis is beschikbaar. De vertaalslag van deze kennis naar onderwijs moet projectmatig plaatsvinden, het gaat niet van zelf. Het beschikbare kennismateriaal heeft onvoldoende handvatten voor docenten. Het moet zo concreet zijn dat scholen er in hun lessen mee aan de slag kunnen.
- Zorg voor gepromoveerde docenten in het MBO (zoals lectoren in het HBO). Deze kunnen wetenschap en praktijk dichter bij elkaar brengen (evidence based practice) via het onderwijs, aansluitend op het niveau van de MBO-studenten. Verder kunnen zij onderzoek doen naar de effectiviteit van het MBO onderwijs.

6.5. CONCRETE INRICHTING VAN EEN IMPULS

In de vorige paragraaf behandelden we de kenmerken van een mogelijke impuls. In deze paragraaf vertalen we dit naar hoe het er concreet uit zou kunnen zien. Bij de concretisering staan twee vragen centraal:

- Wat kan ZonMw doen vanuit het programma Zichtbare schakel? In het programma zijn middelen beschikbaar om in te zetten voor het wijkteam als geheel. Het gaat om een bedrag van ongeveer vierhonderdduizend euro. Hoe kan ZonMw dit bedrag zinvol inzetten?
- Wat kunnen VWS en ZonMw doen, er vanuit gaande dat er extra middelen worden vrijgemaakt voor een impuls aan de wijkteams?

De ideeën komen uit de interviews. We spiegelen de ideeën aan de kenmerken uit de vorige paragraaf (voor en nadelen van de verschillende opties).

Optie 1: Instrumentontwikkeling
ZonMw kan vanuit Zichtbare schakel inzetten op het laten (door)ontwikkelen van een instrument voor wijkteams. Als voorbeeld is de competentiemeter genoemd, waarmee de wijkverpleegkundige haar competenties in kaart kan brengen (waar sta ik individueel, wat wil ik nog ontwikkelen, waar staan we als team en wat moeten we ontwikkelen gezien onze rol en gezien de doelstellingen van de organisatie).

Reflectie
Het voordeel van deze optie is dat dit goed binnen de financiële kaders van het programma Zichtbare schakel past en op de wijkverpleegkundige én het team als geheel is gericht. Nadeel is dat een instrument op zichzelf weinig oplevert in het verminderen van de geconstateerde knelpunten. Een van de knelpunten is juist dat teams nauwelijks toekomen aan reflectie en het gebruiken van tools en

inzichten die elders zijn ontwikkeld (zie ook hoofdstuk 4). Instrumentontwikkeling heeft dus alleen zin als het gecombineerd wordt met een implementatietraject. Een dergelijk traject is niet binnen de kaders van het programma Zichtbare schakel te organiseren (doorlooptijd en financiële middelen).

Optie 2: Organiseren van proeftuinen, pilots, experimenten
Respondenten noemen twee varianten, met a) de wijkteams zelf als direct aangrijpingspunt en b) via het onderwijs (MBO- en HBO).

a. Met de wijkteams als primair aangrijpingspunt: ZonMw kan vanuit Zichtbare schakel een beperkt aantal wijkteams in de gelegenheid stellen om aan de slag te gaan met teamontwikkeling. Doel is dan om te bekijken welke aanpak effectief is in de aanpak van knelpunten. Hierbij kan coaching en begeleiding worden geboden. De lessen die hieruit getrokken worden kunnen vervolgens breder beschikbaar worden gesteld in de vorm van praktische instrumenten.

Reflectie
Het voordeel van deze optie is dat het eveneens past binnen de kaders van het programma Zichtbare schakel. Bij een beperkt aantal teams wordt iets gedaan aan het daadwerkelijk aanpakken van knelpunten en er worden inzichten opgedaan. Nadeel is dat de impact in het bereik onder teams zeer beperkt is. Het beschikbaar stellen van praktische informatie stuit op het eerder genoemde bezwaar. VWS kan met een extra impuls wel zorgen dat het bereik onder wijkteams groter is, zodat meer teams profijt hebben van deze ondersteuning.

b. Via het onderwijs: geef het onderwijs als proef de ruimte om op een andere manier op te leiden. Doe meer samen (HBO, MBO, praktijkveld) met minder regels en meer tijd om de andere manier van opleiden op te zetten en uit te proberen (niet te snel evalueren en ingrijpen). Onderwijs en praktijkveld kunnen alleen maar receptief zijn als zij daar ook ruimte voor hebben.
   Bepaal gezamenlijk de Beroepspraktijkvorming (BPV).
   Laat MBO en HBO studenten in groepjes leren. Richt dit op een andere manier in, meer volgens de nieuwe zorg en zorgberoepen (Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen).
   Richt je als opleidingen ook op het team- en het teamresultaat. Zodat voor studenten al duidelijk het zowel om het individuele als het team-functioneren gaat.
   Onderzoek of deze manier van opleiden effectief is. Waarbij het belangrijk vooraf scherp te bepalen hoe je effectiviteit definieert.

Reflectie
De gesignaleerde knelpunten hebben vooral betrekking op de huidige praktijk en de verzorgenden die al werkzaam zijn in de wijkteams.
Het onderwijs kan vooral op de langere termijn iets bijdragen en draagt bij door de interactie tussen onderwijs en praktijk (en daarmee met de beroepsbeoefenaren die al werkzaam zijn in de praktijk). Voordeel van deze optie is dat het onderwijs nauw betrokken is en daarmee de opleiding van nieuwe beroepsbeoefenaren (en bij- en nascholing vanuit het onderwijs). VWS kan mogelijk (samen met OCW) wel iets doen. De vraagstukken die in deze verkenning naar voren komen, sluiten aan bij de ontwikkelingen rond bijvoorbeeld zorgberoepen en opleidingen en een initiatief als Zorgpact. De rol en de positie van de verzorgenden krijgt in deze trajecten nog beperkt aandacht. VWS kan samen met

OCW bekijken of en hoe knelpunten uit deze verkenning, uitdrukkelijk en specifiek geadresseerd kunnen worden in initiatieven waarin onderwijs, praktijk en overheid samenwerken.

Optie 3: Kennisnetwerken, leernetwerken
Zet regionale - of lokale leernetwerken op van verpleegkundigen en verzorgenden, zodat zij kennis en ervaringen kunnen delen (binnen - en tussen instellingen).

Voor de ondersteuning van deze netwerken bestaan verschillende ideeën:

- Stel hogescholen in staat om ondersteuning te bieden met begeleiding en coaching van de teams. Gebruik de kennis en leerkringen, die in het kader van Zichtbare schakel zijn opgezet, als ingang naar de teams. Organiseer dit dicht bij het primaire proces van de wijkteams en sluit nauw aan op de vragen die in de teams leven. Zorg dat deze vragen het uitgangspunt vormen bij de deskundigheidsbevordering die vervolgens wordt aangeboden.
- Zorg voor een lectoraat-achtige opzet, met MBO, HBO, WO en praktijk.
- Bundel en ontsluit de kennis die met experimenten en leerkringen wordt opgedaan via kennispleinen zodat het breder beschikbaar is en ook andere teams hier gebruik van kunnen maken.

Reflectie
Binnen het programma Zichtbare schakel kan met een beperkt aantal leerkringen geëxperimenteerd worden met een dergelijke opzet (raakt aan optie 2). Nadeel is dat dit een insteek is vanuit het HBO en dat ook de leermethode vooralsnog geënt is op HBO'ers. In de vorige paragraaf (kenmerken van een impuls) staat dat het MBO veel meer in de lead zou moeten zijn, omdat daar meer kennis is over de doelgroep (uitgangsituatie, wat kun je verwachten). Verder zijn de leerkringen nog pril in ontwikkeling en is er een grote variatie tussen HBO's qua aanpak. Een optie is om de leerkringen uit te breiden met MBO-opleidingen en MBO verpleegkundigen en verzorgenden.

Een lectoraat-achtige opzet valt buiten de kaders van Zichtbare schakel. VWS kan dit punt (samen met OCW) meenemen in ontwikkelingen zoals geschetst in de kamerbrief van minister Bussemakers over "Een responsief MBO voor hoogwaardig vakmanschap"[17].

Optie 4: Zorg voor middelen voor zorgaanbieders om zittend personeel op hoger niveau te brengen
Zorg voor middelen voor een eenmalige impuls voor zorgaanbieders om zittende medewerkers op een hoger niveau te brengen. Het is niet mogelijk om een dergelijke impuls te financieren met enkel de middelen vanuit het programma Zichtbare schakel.

Zorg voor structurele maatregelen
Een belangrijke kanttekening die respondenten bij een impuls zetten, is dat deze veel minder effectief is als er geen structurele maatregelen komen om teams meer ruimte te geven om zich in de praktijk te ontwikkelen. Het is dus van belang om na te denken over wat nodig is om goede randvoorwaarden te creëren voor de wijkteams. Hier ligt een rol voor professionals, zorgaanbieders, onderwijs, overheid en zorgverzekeraars.

[17] Ministerie OCW. Een responsief MBO voor hoogwaardig vakmanschap. Kamerbrief 14 september 2015.

Besteed aandacht aan belemmerende aspecten in de context van de (wijk-)teams, zoals financiering, hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun rol oppakken. Praat met partijen om er voor te zorgen dat vanuit het programma gefinancierde initiatieven niet eenmalig zijn. Zorg dat het ook in de lijn terecht komt.

De adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen[18] noemt eveneens financiering als belangrijke voorwaarde en adviseert zorg op basis van de vraag en gericht op het bevorderen van functioneren. Hierbij past een flexibel financieringsmodel waarin maatwerk mogelijk is. Het zou veel meer gericht moeten zijn op de resultaten van functioneren. Verder noemt de commissie wet- en regelgeving als voorwaarde: "wetten en regels zullen moeten worden getoetst. Belemmering moet plaatsmaken voor stimulans en motivatie. Knellende voorschriften moeten we durven loslaten. Hier hoort vertrouwen bij in de kracht van burgers, maar ook vertrouwen in de professionals en in het systeem. Deze voorwaarden zijn belangrijk, evenals deskundigheid".

6.6. REFLECTIE VAN DE COMMISSIE PROGRAMMA ZICHTBARE SCHAKEL

De programmacommissie van het programma Zichtbare schakel heeft haar visie gegeven op de eerste resultaten van deze verkenning en merkte daarbij het volgende op:

- De commissie signaleert dat sprake is van een groot en urgent probleem. De commissie heeft ook een ambassadeursfunctie voor het programma en pakt bij dit onderwerp die rol. De wijkverpleegkundigen staan voorop bij het programma, maar die kunnen niet goed hun werk doen als de randvoorwaarden niet op orde zijn (zoals financiering en een goed wijkteam). Alleen als de randvoorwaarden op orde zijn, kunnen de wijkverpleegkundigen kwaliteit van zorg leveren en bijdragen aan doelmatige zorg.
- De commissie is van mening dat een oplossing voor dit probleem niet moet leiden tot extra taken voor de wijkverpleegkundige (die heeft al genoeg op haar bord).
- Redenerend vanuit de passage in het onderhandelingsresultaat verpleging en verzorging (voor de scholing van nieuwe vaardigheden en competenties en de deskundigheidsbevordering van verzorgenden in de wijk zal een separaat traject gaan lopen) is de commissie bereid om op basis van het voorliggend rapport VWS te adviseren over een concrete invulling van het separate traject voor de verzorgenden.
- Activiteiten vanuit Zichtbare schakel gericht op het team en de verzorgenden, heeft alleen waarde als vooraf duidelijk is dat VWS extra middelen en activiteiten inzet voor de deskundigheidsbevordering van verzorgenden.

[18] Deze commissie adviseert de minister van VWS toekomstgericht en sectoroverstijgend over de vernieuwingen en verbeteringen van beroepen en opleidingen in de zorg. Het doel is om een nieuw continuüm van bekwaamheden en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm voor de hele zorg te ontwikkelen.

BIJLAGE 1: RESPONDENTEN

V&VN

- Gerda van Brummelen, adviseur vereniging
- Mariska de Bont, adviseur vereniging
- Christina Woudhuizen, hoofd innovatie

Actiz

- Margriet Snellen, beleidsadviseur opleidingen

BTN

- Diana van Langerak, bestuurssecretaris

LOOV

- André van Oosterhof, afdelingshoofd gezondheidszorg NHL en Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde

MBO Raad

- Han Dahlmans, beleidsadviseur Zorg, Welzijn en Sport

Van Kleef Instituut

- Elvira Nijhof, directeur
- Annemarie Klaassen, programmamanager

Evita Thuiszorg

- Natalie Bommeljé, algemeen directeur
- Maaike Vedder, wijkverpleegkundige
- Martine Hoogendijk, ziekenverzorgende

Vitras

- Dinie van der Linden, bestuurder
- Maartje van Boekholt, senior adviseur HRD
- Meyke Tjeerdsma, manager wijkverpleging

ICare

- Cilleke van der Velde, projectmedewerker excellente zorg
- Ronald van Veen, HR adviseur
- Leonie Hettinga, Wijkverpleegkundige

Zorgaccent

- Erik Vuurboom, Directeur Wijkverpleging
- Silvy Leus, Coach.
- Dorien Kerkhof, adviseur Opleiding & Ontwikkeling (voorheen verzorgende geweest)
- Irma Haverkort, wijkverpleegkundige (voorheen verzorgende geweest)..

Axion Continu

- Henriet Groenendijk, manager divisie Thuis

Cordaan

- Hermion van den Broek, manager kwaliteit thuiszorg
- Dennis van de Heuvel, HRM adviseur
- Jan Marten van der Molen, trainer Cordaan Academie
- Jos Jacobse, kwaliteitsverpleegkundige
- Marian van Dullemen, wijkverpleegkundige
- Sjane Lale, verzorgende C

Programmacommissie Zichtbare Schakel

- Jacomine Ravensbergen, voorzitter
- Anneloes van Staa
- Cees Boer
- Joost Degenaar
- Hanneke Hillmann
- Laura Vriendjes
- Sonja Daalhuizen

ZonMw

- Ineke Voordouw, programmasecretaris Zichtbare schakel
- Miranda van Duijn, programmasecretaris Nationaal Programma Ouderenzorg

VWS

- Ingrid Blok, directie langdurige zorg
- Marlies Sloover-Dankers, directie curatieve zorg
- Monique Adriaanse, directie curatieve zorg
- Petra Engels, directie macro economische vraagstukken en arbeidsmarkt

BIJLAGE 2: LITERATUURBRONNEN

Kwantitatief (onderzoeksvragen 1 en 2)

- Rapport 'Toekomstverkenning voor de thuiszorg, vraag en aanbod van verplegend en verzorgend personeel 2015-2019' van CAOP / Kiwa (september 2015)
- Sectorbeschrijving Zorg van het UWV (juni 2015)
- Rapport 'Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland' van het Nivel (2011)
- SBB Barometer van de stageplaatsen- en leerbanenmarkt (juni 2015)
- Werkgeversenquête 2014, het HRM-beleid in de sector zorg en welzijn (december 2014)
- Calibris Jaarrapport Arbeidsmarkt- en onderwijsinformatie 2013- 2014 (maart 2014)
- AZW rapport 'Arbeid in zorg en welzijn 2014, integrerend jaarrapport' (maart 2014)

Kwantitatief en kwalitatief (onderzoeksvragen 1 en 3)

- Rapport 'Competenties in een veranderende gezondheidszorg, ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners' van het Nivel (2015)

Kwalitatief (onderzoeksvragen 3, 4 en 5)

- Functieboek, bijlage bij de cao VVT 2002
- Eindrapport 'Gekwalificeerd voor de toekomst' van de commissie kwalificatiestructuur (1996)
- Rapport 'Werken in de gezinsverzorging' van het Nivel (1997)
- Leren van de toekomst, Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (V&VN 2012)
- Rapport 'Evaluatieonderzoek Proeftuinen Ouderenzorg, lerende teams in de ouderenzorg' van het Nivel (2015)
- Rapport 'functieveranderingen in het nieuwe maatschappelijke domein' van BTN (maart 2014)
- Rapport 'Noodzakelijke onderdelen over ouderen in de opleidingen geneeskunde, verpleegkunde, verzorgende-IG en helpende zorg en welzijn' (ZonMw, december 2014)
- Rapport 'De kern van de verpleegkundige en verzorgende beroepen' van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt en FWG (mei 2014)
- Rapport 'Ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs, een inventarisatie bij zorgopleidingen (niveau 2 en 3)' (universiteit Maastricht, juli 2012)
- Quickscan 'Beroepen & Opleidingen in de zorg, welzijn en kinderopvang' van het Nivel (2013)
- Zorginstituut Nederland. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen. De contouren. 10 april 2015.
- Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling. Toekomstbestendig beroepen in de verpleging en verzorging. December 2015

Van de volgende zorgaanbieders is documentatie ontvangen over interne opleidingsactiviteiten

- Cordaan
- Evita Thuiszorg
- Icare
- Activite
- Pieter van Foreest
- Vivium

BIJLAGE 3: FUNCTIES VOLGENS FUNCTIEBOEK

Tot 2002 was er een functieboek als bijlage bij de cao VVT gevoegd. Er zijn zes typen uitvoerenden te onderscheiden. Aan de verschillende functieniveaus zijn ook verschillende functieomschrijvingen gekoppeld (AbvaKabo 1994). Een korte typering van de vijf niveaus (exclusief alfahulp):

- De thuishulp A verricht nagenoeg uitsluitend huishoudelijk werk, waarvan de aard, omvang en frequentie aan weinig verandering onderhevig zijn.
- De verzorgingshulp B verricht naast huishoudelijke werkzaamheden ook enkele verzorgende taken, beperkt in tijd en soort. De aard, omvang en frequentie van de werkzaamheden zijn aan verandering onderhevig.
- De verzorgende C verricht naast verzorgende taken, ook huishoudelijke werkzaamheden. De werkzaamheden binnen het hulpverleningsplan verricht zij deels naar eigen inzicht, en past zelfstandig wijzigingen in het plan toe. De werkzaamheden zijn aan verandering onderhevig. Net als de verzorgingshulp B, heeft zij naast periodiek contact met collega's en leidinggevenden, ook incidenteel contact met andere hulpverleners.
- De verzorgende D verricht nagenoeg uitsluitend verzorgende en begeleidende activiteiten, waarvan de aard, omvang en frequentie sterk aan verandering onderhevig zijn. Zij verricht de werkzaamheden binnen het hulpverleningsplan deels naar eigen inzicht, en past ook zelfstandig wijzigingen toe. Verricht in hoofdzaak persoonsgerichte lichamelijke verzorging, huiselijke ziekenverzorging en verricht eenvoudige verpleegtechnische taken, eventueel in samenwerking met anderen. Naast periodiek contact met collega's en leidinggevende, onderhoudt de verzorgende D ook contact met andere hulpverleners.
- De gespecialiseerd verzorgende E verricht begeleidende werkzaamheden gericht op gedragsverandering van de cliënt. Daarnaast worden huishoudelijke en verzorgende taken verricht. De aard, omvang en frequentie van de werkzaamheden zijn sterk aan verandering onderhevig. De verzorgende E verricht de activiteiten binnen het hulpverleningsplan deels naar eigen inzicht, en past wijzigingen toe in het hulpverleningspatroon. De activiteiten worden volgens een planmatige aanpak afgestemd op andere hulpverleners, waarmee frequent contact wordt gehouden.

Alle uitvoerenden signaleren eventuele veranderingen in de leefeenheid en rapporteren deze aan de leidinggevenden.

Activiteiten / *Functieniveaus*	Huishoudelijk	Verzorgend	Begeleidend	Samenwerking en overleg
Thuishulp A	**X**			
Verzorgingshulp B	**X**	x		
Verzorgende C	x	**X**		
Verzorgende D		**X**	**X**	x
Gespecialiseerd verzorgende E	x	x	**X**	**X**

X = hoofdtaken, X = taken die minder vaak worden verricht

BIJLAGE 4: AANTALLEN VERZORGENDEN EN TRENDS ARBEIDSMARKT

1. Het rapport 'Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland, een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen' van het Nivel (2011) geeft de volgende analyse:
   - Er zijn in 2010 naar schatting 400.000 werkzame personen met een V&V-opleiding, waarvan 39% (= 155.000) is opgeleid als verzorgende;
   - Er werken in 2010 101.000 personen in de thuiszorg, hiervan is 46% (= 46.460) opgeleid als verzorgende en 13% (= 13.130) als helpende.

2. Volgens bijlage 3 (dataverzameling en analyse) van het Rapport 'Competenties in een veranderende gezondheidszorg' van het Nivel (2015) werkten er in 2011 64.286 verzorgenden in de thuiszorg. Er wordt geen aantal vermeld voor helpenden, gelet op de aantallen in andere bronnen zou dat hier samengenomen kunnen zijn.

3. Volgens de sectorbeschrijving Zorg van het UWV (juni 2015) waren er in 2013 193.800 verzorgenden. In de sector VVT zijn 416.000 mensen werkzaam, daarvan is 39% (= 162.240) verzorgende en 7% (= 29.120) helpende. Het UWV geeft geen uitsplitsing van de sector VVT naar verpleeg- en verzorgingshuizen enerzijds en thuiszorg anderzijds.

4. In het rapport 'Toekomstverkenning voor de thuiszorg, vraag en aanbod van verplegend en verzorgend personeel 2015-2019' van CAOP / Kiwa (2015) is opgenomen als aantal werknemers in de thuiszorg per 2014 is 126.212, waarvan 34% (= 42.814) verzorgende (niveau 3) en 4% (= 5.533) helpende.

In de databank van AZW-info wordt aangegeven dat in verband met de herindeling van de branches de uitsplitsing naar functies en naar kwalificaties later volgt. Aan de databank kunnen nu dus geen relevante gegevens worden ontleend.

In het AZW rapport 'Arbeid in zorg en welzijn 2014, integrerend jaarrapport' (maart 2014) wordt duidelijk gemaakt dat na jaren van werkgelegenheidsgroei en dreigende personeelstekorten in zorg en WJK (welzijn, jeugdzorg en kinderopvang) binnen een jaar tijd de stemming omgeslagen is. Verwachte personeelsoverschotten staan centraal.

Werkgelegenheid van werknemers naar branche, 2006-2012

Branche	*2006*		Groei banen						*2012*	
	fte x 1.000	*banen*	2007	2008	2009	2010	2011	2012	*banen*	*fte x 1.000*
Thuiszorg	100,8	147,1	3,4%	1,7%	1,8%	2,4%	3,4%	-3,1%	161,4	109,5

De arbeidsmarktprognose is dat de werkgelegenheid in de zorgsector de komende jaren gelijk blijft aan die in 2012. Dit geldt echter niet voor elke zorgbranche. Bij de thuiszorg zal als gevolg van de korting op het budget voor huishoudelijke hulp een overschot ontstaan aan thuiszorghulpen, oplopend tot ca. 13.000 in 2017. Maar hier tegenover staat echter een extra behoefte aan hoger

gekwalificeerden (MBO- en HBO-gediplomeerden). Dit is het gevolg van de voorgenomen extra investeringen in de wijkverpleegkundigen.

Het Calibris Jaarrapport Arbeidsmarkt- en onderwijsinformatie 2013- 2014 (maart 2014) geeft aan dat het positieve beeld voor verzorgenden in 2013 is gekanteld. Omdat het kabinet wil dat ouderen met een lichte zorgvraag langer thuis blijven wonen zal het aantal bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen afnemen. Onzeker is hoe dit uitwerkt op het aantal benodigde verzorgenden. Voor studenten die nu aan een opleiding verzorgende beginnen verwachten we dat de effecten nog niet zijn uitgekristalliseerd en de kans om op korte termijn na afstuderen een baan te vinden matig is. De perspectieven op een baan voor de opleidingen helpende zorg & welzijn - maar vooral zorghulp - zijn in de komende jaren nog minder gunstig.

De Werkgeversenquête 2014[19] (december 2014) geeft het volgende beeld hoe werkgevers tegen de ontwikkeling van de arbeidsmarkt aankijken:

- 43,5% van de werkgevers in de VVT verwacht de komende periode een overschot aan personeel te hebben. In de VVT wordt met name (75,9%) een overschot aan lager opgeleid verzorgend personeel (tot en met MBO-niveau 2) verwacht, 33,3% van de respondenten verwacht een overschot in het overig verzorgend/verplegend personeel te hebben.
- 41,1% van de werkgevers in de VVT verwacht de komende periode een tekort aan personeel te hebben.
- Wat betreft de verwachte ontwikkelingen in het kwalificatieniveau van personeel, is het algemene beeld dat er in de sector zorg meer vraag komt naar hoger gekwalificeerd personeel. In de VVT is de verwachte afname in vraag naar personeel met MBO niveau 1 en MBO niveau 2 het grootst (respectievelijk 46% en 45,6%). In de VVT is ook de verwachte toename in vraag naar hoger gekwalificeerd personeel het grootst. Wat betreft de vraag naar MBO niveau 3 zegt 42,3% van de respondenten dat de vraag toe zal nemen en 41,5% dat de vraag gelijk zal blijven.

De sectorbeschrijving Zorg van het UWV (juni 2015) geeft voor de thuiszorg de volgende cijfers:

- Banen werknemers 2008: 145.800;
- Mutatie periode 2008 – 2012: + 19%. Dat geeft een stand van 173.500 werknemers;
- Mutatie periode 2012 – 2017: - 6%. Dat geeft een stand van 163.090 werknemers. Voor deze krimp geeft het UWV de volgende verklaringen:
    - Korting op budget huishoudelijke hulp;
    - Door overheveling van zorgtaken van de AWBZ naar de Wmo komt de extramurale dagbesteding en een deel van de persoonlijke verzorging bij gemeenten te liggen. De transitie van zorgdiensten gaat gepaard met een lager budget;
    - Ook is de extramurale verpleging overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet;
- Mutatie periode 2017 – 2020: + 7%. Dat geeft een stand van 174.500 werknemers. Voor deze groei geeft het UWV de volgende verklaringen:
    - Stijgende zorgbehoefte (o.a. door vergrijzing)
    - Verschuiving VV naar thuiszorg
    - Ouderen zolang als mogelijk thuis zorg bieden in plaats van in verpleeghuizen

[19] Hierin wordt geen uitsplitsing gemaakt tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen enerzijds en thuiszorg anderzijds. Binnen de enquête zijn 119 organisaties vertegenwoordigd met voornamelijk verpleeghuizen en verzorgingshuizen en 167 organisaties met voornamelijk thuiszorg.

Het rapport ‘Toekomstverkenning voor de Thuiszorg, vraag en aanbod van verplegend en verzorgend personeel 2015-2019’ van CAOP / KIWA (september 2015) is het meest recente rapport met betrekking tot de arbeidsmarktontwikkelingen. Hierin is de volgende inschatting van de mutatie in personele samenstelling tussen 2014 en 2019 opgenomen: ontwikkeling in de samenstelling van het personeelsbestand in de Thuiszorg Verpleging en Verzorging van verzorgenden (niveau 3) in fte’s): van 35,2% in 2014 naar 37,9% in 2019.